Soixante-quatrième année N°s 1-2 4-11 Janvier 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire - 91496

Partie professionnelle

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants............ 80 fr.

Le Numéro............... 4 fr.

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

Nº 1. — Nord, poste proph. gros chiffre, à céder rais. de santé maison tt confort, jardin, 2 garages. Dr Valois à Douchy (Nord).

Nº 2. — Centre Paris. Près grands boulev. 3 stat. métro, superbe appartem. médical, 6 p., chambre de bonne, chauff. centr. indiv. à céder bonnes conditions, seul ou avec clientèle. bail 6 ans, location 13.000 nets. Ecrire pour renseig. Dr Poissenot, Saint-Jacut de la Mer (Côtes-du-Nord).

Nº 3. — Visiteur médical, régions Ille-de-France, Champagne, désire s'adjoindre Laboratoire pour représentation produits. Ecr. Dr Bayard, 87, boulev. de Courcelles, Paris-VIIe.

Nº 4. — Livres, revues, instruments oculistiques et oto-laryng. à céder. Dr Marmoiton, 30, rue Pascal, Clermont-Ferrand.

Nº 5. — Après décès instrum. radiolog. spéciale à la gastro-entérologie. Ecrire Mme Lecurot, La Fouillerie » Mesnil-Villement (Calvados).

Nº 6. — Dr Vézin à Blois achèterait volumes Encyclopédie, médico-chirurgicale. Préciser titre, prix et mise à jour.

Nº 7. — A vendre app. radiodiagnost. Siemens Méganos complet, état neuf. S'adress. Mme Dubois, Oiron (Deux-Sèvres).

Nº 8. — Phtisiologue longue pratique cherche poste à créer ou à reprendre dans ville moyenne importance ou station climatique. Reprendrait éventuellem. sana privé. Ecrire Gillet, 10, rue de Nancy, Paris pour la zoneoccupée et M. Paul Ribeyre 5, rue Auguste Clément à Vals-les-Bains (Ardèche) pour la zone non occupée.

Nº 9. — A vendre à Cherbourg après décès, cabinet médical de médec. générale. locaux profess. assurés. Bureau, salle d'exam. salle d'attente, le tout bien situé centre de la ville. Mme G. Lecacheur 26, rue Thiers, Cherbourg.

Nº 10. — Pour région de Paris, visiteur médical désire trouver nouveau laboratoire pour représentation produits. Ecrire Thomas 27, rue de Berne, Paris-VIIIe.

Nº 11. — Sud-Est. Poste médecine générale, propharmacie et clientèle thermale. Seul médecin, sans sage-femme, beau logement admirabl. situé. Loyer 2.500 francs, garage, jardin, chiffre intéress. Faible indemnité. Ecrire Mme Boutier, 13, rue Aguado, Gennevilliers (Seine).

Nº 12. — Pour diriger Centre de documentation, recherchons secrétaire médical, bibliographe, dactylographe, connaissant langues étrangères. Ecrire S. P. E. B. A., 4, rue Cambon, Paris.

Nº 13. — Veuve médecin, diplôme croix-rouge ayant aidé son mari (soins et secrétariat) désirerait emploi près médecin faisant petite chirurgie ou accidents travail. Mme Renault, 27, rue Gay-Lussac, Paris.

Cabinet GALLET
47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81.

Calvados. — Seul médecin, un pharmacien, rapport moyen, prix très minime.

Zone interdite. — Deux médecins, un pharmacien, très très gros rapport, prix très modéré.

Seine-et-Oise. — Petit appartement, loyer 4.500 francs, bon rapport, à céder rapidement.

Somme. — Limite Seine-Inférieure. Seul propharmacien, bon rapport, prix moitié, très belle installation.

Eure. — Ville importante, très gros rapport, prix moitié.

Paris. — Gros poste O.-R.-L., bel appartement, prix moitié du rapport.

Seine-Inférieure. — Seul propharmacien, petit loyer, bon rapport à céder cause fatigue.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéïne**, 6, place Clichy, Paris (9e).

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Lourdeurs, aigreurs, douleurs gastriques, entérites, ballonnements et toutes affections de l'estomac, immédiatement soulagés et guéris ensuite par l'usage quotidien de la **Mangaïne.**

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

LIGUE MÉDICALE DE DÉFENSE PROFESSIONNELLE

« Le Sou Médical »

Les adhérents du « Sou Médical » doivent nous faire parvenir le montant de leur cotisation relative à l'exercice 1942.

La cotisation reste fixée, comme précédemment, à la somme de 130 francs. Toutefois il y a lieu d'y ajouter cette année, ainsi qu'une circulaire l'expliquera à chacun de nos adhérents, la somme de 7 francs au titre de remboursement d'impôts.

C'est donc la somme totale de 137 francs que chaque adhérent voudra bien nous faire parvenir, soit par chèque barré, soit par virement à notre compte de chèques postaux Paris 182.31.

Paiement des abonnements au « Concours Médical » et de la cotisation au « Sou Médical »

Les abonnés au *Concours Médical,* peuvent à la cotisation au « Sou Médical », dont le paiement leur est demandé ci-dessus, joindre comme chaque année, le montant de l'abonnement au journal, par un versement global de 257 francs, opéré au compte du « Sou Médical ».

Les membres de la *Mutualité familiale* peuvent également utiliser cette méthode pour le versement de leur cotisation.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Sur un produit destiné à remplacer la viande.* — Le secrétaire général du Secours national a demandé l'avis de l'Académie sur l'utilisation d'un produit de remplacement de la viande qui serait incorporé dans les biscuits distribués dans les écoles.

Ce produit provient de la culture intensive de levure du genre torula sur du sucre de bois (produit de la Bergins aktien Gesellschaft, à Manerheim).

La Commission (Rapport de M. Tanon) reconnaissant que ce produit est déjà employé et que les analyses montrent qu'il contient beaucoup d'acides aminés, considère que l'autorisation peut être donnée et demande seulement qu'il soit fait un contrôle de répartition judicieuse de ces biscuits, étant donné leur valeur alimentaire.

— *Sur l'emploi d'un antiseptique dans l'utilisation du sucre de raisin pour la fabrication des liqueurs et limonades.* — L'Académie, comme le Comité consultatif d'hygiène de France, a donné un avis défavorable, estimant qu'il ne convient pas de multiplier les dérogations déjà accordées, de peur de faire ingérer trop d'aliments conservés avec l'acide salicylique.

— **Hôpital Saint-Louis.** *Conférences de stomatologie.* — Douze conférences de stomatologie seront faites par un groupe de stomatologistes des hôpitaux, sous la direction de M. Richard, dans la salle des conférences du Musée, les mardis et vendredis, à 11 heures.

Une séance supplémentaire sera consacrée à la visite du Musée. M. Pignot, conservateur, présentera les moulages intéressant la spécialité. Les leçons seront publiques et gratuites.

Programme. — 13 janvier 1942, M. RICHARD : L'examend'un malade en stomatologie. — 16 janvier, M. RICHARD : Les accidents de la dent de sagesse et leur traitement. — 20 janvier, M. CERNÉA : Tumeurs bénignes de la cavité buccale. — 23 janvier, M. CERNÉA : Tumeurs malignes de la cavité buccale. — 27 janvier, M. LEBOURG : Les stomatites médicamenteuses. — 30 janvier, M. LEBOURG : Les dystrophies dentaires dans la syphilis héréditaire. — 3 février, M. HÉNAULT : Formes cliniques de l'ostéophlegmon d'origine dentaire. — 6 février, M. HÉNAULT : Conduite à tenir en présence d'un blessé de la face. — 10 février, M. CAUHÉPÉ : Traitement de la carie des dents de lait. — 13 février, M. CAUHÉPÉ : Indications et contre-indications du traitement orthodontique. — 17 et 20 février, M. VRASSE : Les fractures des mâchoires. — 24 février, M. PIGNOT : Visite du Musée de l'hôpital Saint-Louis.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Sont déclarés admissibles à l'oral :

MM. Houdart, 49 1/2 ; Maurice, 48 1/2 ; Bouget, 48 1/2 ; Hewitt, 47 1/2 ; Bergeron, 46 1/2 ; Perrotini 45 1/2 ; Pujol (Mme), 46 ; Gerbaux, 45 1/2 ; Bilsk, 45 ; René, 45 ; Rosey, 45 ; Darris, 44 1/2 ; Chatelin, 44 ; Jouve, 43 1/2 ; Marche, 43 ; Loygue, 42 ; Senegal,

42 ; Guimezanes, 41 1/2 ; Schweisguth (Mlle), 41 1/2 ; Alhomme, 41 1/2 ; Dubel, 41 1/2 ; Faillebin (Mlle), 41 ; Pujol, 40 1/2 ; Dausset, 40 ; Doumic (Mlle), 40 ; Klein, 40.

Bertier, 39 1/2 ; Grould (Mlle), 39 ; Duhamel, 38 1/2 ; Keruzoré, 38 1/2 ; Lavarde, 38 1/2 ; Ricordeau, 38 1/2 ; Vaysse, 38 1/2 ; Chateau, 38 ; Choubrac, 38 ; Durand (Cl.), 38 ; Gosset, 38 ; Paley, 38 ; Réau (Mlle), 38 ; Ardouin, 37 1/2 ; Basset, 37 ; Danion, 37 ; Feffer, 37 ; Jacquemin (H.), 37 , Paraf, 37 ; Sirot, 37 ; Boreau, 36 1/2 ; Estève, 36 1/2 ; Galand, 36 1/2 ; Legendre (Jean), 36 1/2 ; Le Lorier, 36 1/2 ; Scherrer, 36 1/2 ; Thierry, 36 1/2 ; Caplier, 36 ; Chadoutard, 36 ; Lafourcade, 36 ; Oudot, 36 ; Perraudin, 36 ; Ryckewaert, 36 ; Sclafer, 36 ; Gougerot, 35 1/2 ; Monie, 35 1/2 ; Pestel, 35 1/2 ; Ponsar, 35 1/2 ; Boudot, 35 ; Caldier, 35 ; Dubois (Jacques), 35 ; Girauld, 35 ; Tournier, 35 ; Alloiteau, 34 1/2 ; Granier (Mlle), 34 1/2 ; Salinesi, 34 1/2 ; Tricard, 34 1/2 ; Bourdy, 34 ; Canivet, 34 ; Hiverlet, 34 ; Pierart, 34 ; Targowla, 34 ; Woimant, 34 ; Bernard, 33 1/2 ; Denisart, 33 1/2 ; Flavigny, 33 1/2 ; Sagello, 33 1/2 ; Lacourbe, 33 1/2 ; Raymond, 33 1/2 ; Richard, 33 1/2 ; Léger, 33 ; Toupet, 33 ; Veyrières, 33 ; Arnaud, 32 1/2 ; Blondé, 32 1/2 ; Borniche, 32 1/2 ; Chapelet, 32 1/2 ; Combet, 32 1/2 ; Hemeury, 32 1/2 ; Joué, 32 1/2 ; Lallemand, 32 1/2 ; Marchand, 32 1/2 ; Mignot, 32 1/2 ; Moufflard (Mlle), 32 1/2 ; Sibertin-Blanc, 32 1/2 ; Cresson ; 32 ; Savaton (Mlle), 32 ; Wetterwald, 32 ; Berthet, 31 1/2 ; — Bouttier, 31 1/2 ; Carrillo-Maurtua, 31 1/2 ; Cousin (Mlle), 31 1/2 ; Louveau, 31 1/2 ; Chardin, 31 ; Burgot, 30 1/2 ; Hartmann, 30 1/2 ; Simon, 30 1/2 ; Bouygues, 30 ; Chessebeuf, 30 ; Conche, 30 ; Delater, 30 ; Faurel, 30 ; Fossier (Mlle), 30 ; Fourmestraux (de), 30 ; Maigne, 30.

Bourguet, 29 1/2 ; Dupont, 29 1/2 ; Poujol, 29 1/2 ; Wapler, 29 1/2 ; Legendre (R.), 29 ; Saulnier (Mlle), 29 ; Tourneville (Mlle), 29 ; Bureau, 28 1/2 ; Lamy, 28 1/2 ; Mazars, 28 1/2 ; Monghal (Mlle), 28 1/2 ; Nebout, 28 1/2 ; Rathery, 28 1/2 ; Santelli (Mlle), 28 1/2 ; Spriet, 28 1/2 ; Jacob, 28 ; Legrand, 28 ; Loudenot (Mlle), 28 ; Rudelle, 28 ; Poncet, 28 ; Caezes, 27 1/2 ; Hans, 27 1/2 ; Koupernik, 27 1/2 ; Mouzon, 27 1/2 ; Cousin, 27 ; Guéniot, 27 ; Mouret, 27 ; Queneau, 27 ; Brandon, 27 ; Boissière, 26 1/2 ; Ramadier, 26 1/2 ; Stevenin, 26 1/2 ; Calloc'h de Kérillis, 26 ; Dailly, 26 ; Hertz, 26 ; Gauthier, 25 1/2 ; Guinard, 25 1/2 ; Guy, 25 1/2 ; Lemoine, 25 1/2 ; Moullé, 25 1/2 ; Forest, 25 1/2 ; Berger, 25 1/2 ; Chavarot, 25 1/2 ; Chevillotte, 25 1/2 ; Chapuis, 25 ; Durand (Maurice), 25 ; Mercadier, 25 ; Dezarnauld, 24 1/2 ; Maillard, 24 1/2 ; Michiels, 24 1/2 ; Villebrun, 24 1/2 ; Couade, 24 1/2 ; Alison, 24 ; Buhot, 24 ; Chabasseur, 24 ; Jacquemin (J.), 23 1/2 ; Lallemant, 23 1/2 ; Planchon, 23 1/2 ; Rey, 23 1/2 ; Leddet, 23 ; Pellot, 23 ; Vaissié, 23.

— L'Université catholique de Lille reconnue d'utilité publique. — Le *Journal officiel* du 19 novembre 1941 publie une loi du 17 novembre 1941 aux termes de laquelle l'Institut Catholique de Lille est reconnu d'utilité publique.

L'Université Catholique de Lille comprend, on le sait, une Faculté de médecine (Faculté libre de médecine de Lille).

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Jean CORCELLE ont la joie de vous faire part de la naissance de leur cinquième enfant, *Denis*. 29 novembre 1941.

Thoiry (Ain).

— Madame et le Docteur Raymond PEYAUD sont heureux de vous annoncer la naissance de leur deuxième fille, *Magali*.

Bernay (Eure), 30 novembre 1941.

— Françoise, Jean et Marie-France LANGEARD ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petite sœur *Monique*. Le 1er décembre 1941.

Docteur Roger Langeard, Bazas (Gironde).

— **Mariage.** — Le Docteur D. Vesval et Madame, née Briens, ont l'honneur de vous faire part du mariage de leur fils, le Docteur Yves-Marie VESVAL, ancien externe des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Adine LECOCQ, fille de M. A. Lecocq, inspecteur général des Ponts et chaussées, ancien ingénieur en chef des Ponts et Chaussées de la Manche, décédé, et de Madame née Le-Hugeur.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 19 décembre 1941 en l'Eglise Notre-Dame de Granville (Manche).

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur Maurice DEPRECQ, ancien interne des hôpitaux et chef de clinique à la Faculté de Bordeaux, décédé à Paris, le 21 novembre 1941.

Le Docteur Deprecq était le neveu du Professeur Lepoutre, doyen de la Faculté libre de médecine de Lille. Nous adressons à M. le Professeur Lepoutre et à sa famille, l'expression de notre douloureuse sympathie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Léon BAROS, Croix de guerre 1914-18, Chevalier de la Légion d'honneur, président de l'Association des Anciens combattants de Bussang, décédé à Bussang le 9 décembre 1941, dans sa 65e année. Ses obsèques ont eu lieu le 12 décembre 1941, en l'Eglise de Bussang. Nous adressons à Madame Léon Baros et à sa famille, nos sincères condoléances.

— **A la mémoire du Docteur Christian Paul.** — Le 7 décembre a été célébrée à la Chapelle de l'hôpital Laennec, une messe pour le repos de l'âme du Docteur Christian PAUL, ancien interne et assistant des hôpitaux de Paris, médecin chef du 1er secteur de l'air, mort au Champ d'honneur à Dunkerque.

Une grande affluence comprenant ses anciens maîtres, les Professeurs Bezançon, Carnot, Troisier, René Bénard, etc. ses collègues et amis, les Docteurs A. Sicard, Favory, Regaud, Gahinet, etc., de nombreux officiers aviateurs et de marine remplissant la chapelle avaient tenu à apporter à son père, le témoignage de leur sympathie.



Retour en zône occupée des externes des hopitaux de Paris

Le Secrétaire général à la Santé publique communique :

Les Hautes Autorités d'occupation ayant accepté que les externes des hôpitaux de Paris se trouvant en zone non occupée puissent rentrer en zone occupée pour reprendre leurs fonctions, il est précisé que des laissez-passer pourront être accordés aux externes se trouvant dans les conditions ci-dessus.

Les demandes des intéressés devront être adressées aussitôt que possible aux services de la Passierscheinestelle 15 à Moulins, qui ont reçu les instructions nécessaires par l'intermédiaire du Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé à Vichy.

Jardins familiaux et familles médicales de la Région parisienne

(*Communiqué*)

Les familles médicales, qui seraient intéressées par les avantages réservés récemment aux jardins familiaux par la loi du 30 novembre 1941, peuvent s'adresser à *Médecine et Famille*, Association des médecins amis de la Famille et des Familles nombreuses médicales.

Médecine et Famille étudie la question avec les associations de familles nombreuses, habilitées désormais par cette loi à l'exploitation des jardins familiaux. Ces groupements exploiteront des terrains réquisitionnés à cet effet et seront autorisés à vendre les produits à leurs membres. Ils disposeront des produits de la récolte, nonobstant toutes dispositions législatives ou règlementaires relatives au rationnement.

Toutes suggestions sur ce sujet comme sur tous les problèmes familiaux, notamment pour la lutte contre la sous-alimentation, sont reçues très volontiers par *Médecine et Famille*, 84, rue de Lille, Paris (VII[e] .

A TRAVERS L'OFFICIEL

Les impôts du médecin
Revenus professionnels — Patente

Loi de budget du 31 *décembre* 1941

Art. 9. — L'article 87 du Code général des impôts directs est modifié et complété ainsi qu'il suit :

« 1° Les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales sont tenus d'avoir un livre-journal servi au jour le jour et présentant le détail de leurs recettes professionnelles.

« Ils sont, en outre, tenus de délivrer pour chaque payement d'honoraires, commissions ou autres rémunérations, à l'exception de ceux qui donnent lieu aux déclarations prévues par l'article 103 *bis* ci-après et de ceux qui ont été effectués par chèque nominatif, un reçu signé et extrait d'un carnet à souches numérotées.

« Le reçu et la souche correspondante doivent porter le montant de la somme payée, la date du payement ainsi que les nom et adresse de celui qui était débiteur. Toute infraction à ces dispositions donne lieu à l'application de l'amende prévue à l'article 76. La même amende est applicable à toute personne qui effectue le payement des sommes ci-dessus sans exiger de reçu.

« Le contrôleur peut demander communication des livres et de toutes pièces justificatives ;

« 2° Par dérogation aux dispositions du paragraphe précédent, pour les médecins et sages-femmes, le livre-journal peut ne comporter, en regard de la somme encaissée, qu'un numéro d'ordre reproduit sur les reçus obligatoirement délivrés aux clients et sur les souches correspondantes des carnets de reçus.

« Dans ce cas, le contrôleur ne peut exiger la communication des souches des carnets de reçus où figurent les noms des clients. Mais ces carnets doivent être représentés à un médecin délégué par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins agissant à la requête de l'administration des Contributions directes.

« Cette dernière peut donner à ce délégué connaissance de tous autres documents détenus par le service et de nature à permettre la vérification du montant des recettes brutes.

« Son rapport est communiqué au contrôleur et, si le désaccord persiste, à la Commission départementale des impôts directs ».

Art. 10. — Les reçus délivrés à leurs clients en conformité de l'article 87 du Code général des impôts directs par les médecins et les sages-femmes sont dispensés des droits de timbre.

Art. 11. — 1. L'énumération des déductions applicables au revenu global pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, figurant à l'article 109 du Code général des impôts directs, est complétée par une disposition ainsi conçue :

« 7° Jusqu'à concurrence d'un total de 10.000 francs, une somme égale au tiers des honoraires que le contribuable justifie avoir versés au cours de l'année précédente à des médecins ou sages-femmes pour les soins donnés à lui-même, à sa femme ou aux enfants qui sont à sa charge ».

2. L'article 120 du Code général des impôts directs est complété comme suit :

« Au sujet des honoraires versés à des médecins ou sages-femmes, les noms et adresses de ces praticiens, le montant des sommes payées à chacun d'eux et la date de la quittance correspondant à chaque versement ou, si le payement a été effectué par chèque nominatif, le numéro et la date de ce chèque ainsi que la désignation de l'établissement sur lequel il a été tiré ».

Art. 12. — Le deuxième alinéa de l'article 151 du Code général des impôts directs (loi du 13 janvier 1941) est modifié ainsi qu'il suit :

« Les Caisses d'assurances sociales chargées de la gestion des risques maladie et maternité ainsi que les Sociétés ou Unions de sociétés de Secours mutuels fonctionnant comme organismes d'Assurances sociales agricoles pour les assurances maladie et maternité sont tenues d'établir annuellement et de fournir à l'administration des Contributions directes un relevé récapitulatif par médecin, dentiste et sage-femme des feuilles de maladies, de soins et de prothèse remises par les assurés. Ce relevé mentionne notamment le montant des honoraires versés par les assurés aux praticiens. La forme dudit relevé est déterminée par un arrêté du secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances et du secrétaire d'Etat au Travail ».

Art. 13. — Pour permettre l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 151 du Code général des impôts directs modifiées conformément à l'article 12 ci-dessus, l'indication sur les feuilles de maladie ou de soins du montant des honoraires versés aux praticiens par les assurés sera obligatoire à partir du 1er janvier 1942.

. . . .

Art. 17. — Jusqu'au 31 décembre de l'année de la cessation des hostilités, la contribution des patentes continuera à n'être due que par trimestre dans les conditions prévues par l'article 10 de la loi du 13 janvier 1941.

. . . .

(*J. O.* du 1er janvier 1942).

Prisonniers de guerre

Communiqué officiel n° 81 de la direction du service des prisonniers de guerre en date du 15 décembre 1941 (formalités à remplir pour bénéficier de la présomption d'origine des blessures et maladies).

La loi du 9 septembre 1941, modifiant la loi du 31 mars 1919 concernant les pensions militaires fondées sur l'invalidité ou le décès, fait connaître les dispositions relatives à la présomption d'origine des blessures et maladies susceptibles d'être appliquées aux prisonniers de guerre et internés à l'étranger.

Pour bénéficier de la présomption d'origine, les prisonniers rapatriés doivent faire constater :

Leur blessure dans les quinze jours ;

Leur maladie dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent le retour en France.

Le constat doit être fait :

Avant démobilisation, à la diligence du ministère de la guerre, par le médecin militaire du centre de réception, ou du centre de triage ou de l'hôpital où est accueilli le rapatrié ;

Après démobilisation, à la diligence du secrétariat général des Anciens combattants, par le centre de réforme qui dessert le domicile de l'intéressé, mais exclusivement, si le constat n'a pas déjà été effectué, par un médecin militaire.

La demande de constat, pour être valable, doit être adressée au centre de réforme par lettre recommandée dans les délais suivants :

Prisonniers rapatriés antérieurement au 1er janvier 1942 :

Avant le 16 janvier 1942, pour constat de blessure.

Avant le 1er avril 1942, pour constat de maladie.

Prisonniers rapatriés à dater du 1er janvier 1942 :

Pour constat de blessure, dans les quinze jours.

Pour constat de maladie, dans les quatre-vingt-dix jours qui suivent le retour en France.

La demande adressée au centre de réforme doit bien préciser qu'aucun constat par un médecin militaire n'a été fait depuis le rapatriement.

Si ce constat a déjà eu lieu, la demande au centre de réforme est inutile.

Ce communiqué doit être tenu, dans toutes les mairies, à la disposition du public.

(*J. O.*, 18 décembre 1941).



Voir la suite page LI-43



PROPOS DU JOUR

CE QUE LE CORPS MÉDICAL FRANÇAIS DOIT AU SYNDICALISME

Nous avons reçu le même jour, par le même courrier, deux lettres dont les auteurs ne s'étaient certes pas concertés : l'une venait d'un département de la Normandie ; l'autre de Seine-et-Marne. Les deux émettent des opinions diamétralement opposées sur le syndicalisme médical. *Tot capita, tot sensus*, serait-on tenté de dire Eh bien ! non. Si nos deux confrères sont d'avis opposé, c'est parce que le normand exerce dans un département où le syndicat sommeillait, faute de dirigeants dévoués et actifs, peut-être aussi, parce qu'étant relativement jeune, il ignore le passé de nos syndicats. Tandis que le confrère qui défend avec énergie le syndicalisme, exerce dans le département de Seine-et-Marne où la profession médicale a obtenu tout ce que la législation lui permettait d'obtenir, grâce au dévouement, à l'énergie et à l'habileté de ceux qui dirigeaient naguère le syndicat.

Il est un fait indiscutable et que nous constatons tous les jours, c'est que la grande majorité des médecins ignore l'histoire contemporaine de notre profession et qu'ils ne se doutent guère de l'étendue et des difficultés de ses conquêtes.

Aussi nous jugeons utile d'énumérer les résultats de l'action syndicaliste, tant pour lui rendre la justice qui lui est due, que pour la donner en exemple à l'organisation professionnelle de la médecine dans l'avenir.

Tous nos lecteurs savent que le *Concours médical* fut le berceau de nos syndicats. Ils prirent naissance, il y a 60 ans, en 1881. En 1883, on en comptait 40 qui se fédérèrent et, l'année suivante, fut fondée l'*Union des Syndicats médicaux de France*. Mais les Syndicats médicaux n'avaient pas alors d'existence légale. Ce fut établi juridiquement par un jugement du tribunal de Domfront, confirmé en 1885 par la Cour de cassation. Ainsi devenus de simples associations, nos syndicats se consacrèrent à obtenir la consécration de leur existence dans la loi nouvelle de 1892 sur l'exercice de la médecine, qui fut l'œuvre de l'un des leurs, le Docteur Chevandier. Le projet de cette loi, élaboré au *Concours médical*, subit bien des amendements, entre autres une limitation du droit de nos syndicats ; les parlementaires d'alors craignaient une opposition à l'application de la loi sur l'assistance médicale gratuite qui fut votée en 1893. Cette opposition ne se produisit pas, bien au contraire, nos syndicats contribuèrent pour beaucoup à l'organisation de l'Assistance médicale gratuite.

C'est à cette époque que nous devînmes secrétaire général de l'Union des syndicats (1894). Nous assurâmes pendant quinze ans ces fonctions (1910), et nous fûmes le témoin, sinon pour une part l'auteur, de l'essor du syndicalisme médical. Qu'il nous suffise de constater que les médecins syndiqués qui ne dépassaient pas un millier en 1894, étaient au nombre de 12.017 dont 8.275 fédérés dans 135 syndicats, quand en novembre 1909 nous célébrâmes le XXVe anniversaire de la fondation de l'Union des syndicats.

Bien que nous ayons plusieurs fois, le Docteur Gairal, président, et nous même, fait des tournées de propagande, *à nos frais*, (le budget de l'Union était très pauvre (1), bien que nous ayons été reçus avec enthousiasme par nos confrères en Vendée, à Alençon, à Tours, à Reims, à Lille, à Lyon, à Vienne, à Marseille, à Bourges, à Saumur, à Clermont-Ferrand, à Montpellier, nous n'aurons pas l'entrecuidance de nous attribuer pour la plus grande part le développement du syndicalisme. Le syndicalisme médical fut un mouvement, sinon de défense au moins de préservation contre des lois sociales dont l'application abusive pouvait porter atteinte aux intérêts de notre profession et l'on vit le nombre de nos syndicats et des syndiqués s'accroître avec les lois de l'Assistance médicale gratuite (1895), de la Mutualité (1898), des accidents du travail (1898), de la santé publique (1902). Après la guerre de 1914, la loi assurant des soins gratuits aux victimes de la guerre accentua chez les médecins le mouvement syndical ; enfin la loi sur les Assurances sociales (30 avril 1930) créa l'unanimité dans la *Confédération des Syndicats médicaux français* à laquelle adhérèrent plus de 20.000 praticiens, c'est-à-dire leur presque totalité.

Quels résultats obtint le mouvement syndical ?

Pour agir méthodiquement et utilement, il fallait une doctrine. Elle fut établie dès l'origine, elle posa comme principes pour que les intérêts médicaux ne soient jamais en conflit avec ceux des malades : d'abord le libre choix du médecin par le malade que nous avons baptisé nous-même *liberté de confiance* ; ensuite, le payement des honoraires pour chaque acte médical autant que possible directement ; enfin, le respect absolu du secret professionnel.

C'est sur ses bases que gravita dans tous les cas l'action du syndicalisme médical.

Pour l'*Assistance médicale gratuite*, en donnant notre collaboration à MM. Monod et Mirman, directeurs de l'Assistance au ministère de l'Inté-

(1) La cotisation était de deux francs par membre et les syndicats du Nord, ne pouvant verser qu'une cotisation de *cinquante centimes*, ne purent faire partie de l'Union.

rieur, nous parvînmes à généraliser à la campagne le système vosgien déjà appliqué qui comportait le libre choix. Nous obtînmes la nomination de notre président Gairal, au Conseil supérieur de l'Assistance. Il fit inscrire dans le règlement intérieur des hôpitaux le principe de l'hôpital à l'indigent, la possibilité aux malades payants à l'hôpital d'honorer leur médecin avec l'autorisation de la Commission administrative.

Pour les *accidents du travail* nous nous heurtâmes pendant des années à l'opposition très vive et très puissante des Compagnies d'assurances.

Nous parvînmes néanmoins à faire inscrire le libre choix dans la loi avec sanctions pénales, s'il n'était pas respecté. Nous obtînmes la participation de délégués, désignés par les syndicats, à la Commission de tarification des soins ; nous parvînmes à organiser des commissions mixtes d'arbitrages pour régler les conflits d'honoraires.

Dans le domaine de la *Mutualité*, nous entrâmes dès le début en relation avec la Ligue nationale de la Prévoyance et de la Mutualité pour apaiser autant que possible les conflits médico-mutualistes. Nous obtînmes dans la loi de la Mutualité un représentant *élu* des Syndicats médicaux au Conseil supérieur de la Mutualité. Nous avons fait voter par une Commission mixte médico-mutualiste, présidée par M. E. Loubet, ancien président de la République, la reconnaissance de nos principes et leur application progressive aux sociétés de Secours mutuels.

L'*exercice illégal* fut réprimé dans la mesure du possible. Nous soutînmes un grand procès contre les magnétiseurs qui prétendaient avoir le droit de soigner les malades. Acquittés par le Tribunal et la Cour d'Angers, les magnétiseurs furent condamnés définitivement après cassation de l'arrêt par la Cour suprême. Un Congrès de l'Exercice illégal, organisé par l'Union, donna lieu à la création de l'*Office de la répression de l'exercice illégal* qui, subventionnée par les Syndicats, obtint de nombreuses condamnations.

La question des *médecins étrangers* occupa dès l'origine nos syndicats. Nous tâchâmes de régler à l'amiable les conflits des médecins de frontières par des contrats avec la fédération belge des médecins du Hainaut.

Nous nous heurtâmes ici aux lacunes de notre législation. Nous obtînmes, non sans peine, l'exigence du diplôme d'Etat et l'interdiction de la transformation du diplôme d'Université en diplôme d'Etat pour exercer la médecine. Nos syndicats s'élevèrent énergiquement contre l'octroi d'équivalences de diplômes étrangers (baccalauréat, diplôme de docteurs).

Dans le domaine de l'*Enseignement médical*, les Syndicats organisèrent les Congrès des Praticiens qui firent échouer le projet de création d'un diplôme supérieur de docteur en médecine ; ils protestèrent contre les scandales des concours d'agrégation, réclamèrent que l'hôpital fut le Centre d'enseignement de la médecine.

Durant la *guerre de* 1914-1918, les syndicats privés de la plupart de leurs dirigeants, contribuèrent néanmoins à l'organisation de la Caisse de secours des médecins et de leurs familles, victimes de la guerre, et s'élevèrent contre les affectations abusives.

Après la guerre, ils prirent une part importante à l'application de l'article 64 de la loi du 30 mars 1919 pour les *soins gratuits des victimes de la guerre*. Ils firent échouer le projet de M. Maginot et firent triompher l'application du libre choix et du payement à l'acte médical. Ils prirent part à l'élaboration des tarifs d'honoraires et à la constitution des Commissions mixtes de contrôle pour réprimer les abus, où ils furent représentés et dont le secrétaire, cheville ouvrière de la commission, devait être un médecin, tant dans les Commissions départementales que dans la Commission supérieure, devant laquelle on pouvait interjeter appel.

Les *Assurances sociales* (loi du 30 avril 1930) donnèrent lieu à de multiples et laborieuses discussions dans nos syndicats. On parvint à faire inscrire le libre choix avec payement direct au médecin pour chaque acte médical. On imposa les conventions aux Caisses de chaque département. On organisa des Conseils de famille pour réprimer les abus.

Nous ne citerons que pour mémoire les contre-projets inspirés par l'Union, déposés à la Chambre des Députés, pour éviter le vote d'une *loi sur la pharmacie* qui aurait été nuisible au Corps médical, l'organisation par les médecins de l'*Inspection médicale des Ecoles* (Seine-et-Marne, Lot-et-Garonne, etc.), les démarches, suivies de succès, pour obtenir la défense aux *médecins militaires* d'exercer la médecine civile, la collaboration féconde et locale à toutes les œuvres d'assistance , de prophylaxie sanitaire.

Les intérêts moraux du médecin ne furent pas non plus négligés. Chaque syndicat était pourvu d'un Conseil de famille qui arbitrait les conflits entre confrères et réprimait par des sanctions inscrites dans ses statuts les fautes professionnelles.

Rappelons qu'un des premiers projets de création d'un *Ordre des médecins* émana, il y a environ 40 ans, du Docteur Lasalle (de Lormont), vice-président de l'Union des Syndicats (1). Sans empiéter sur le rôle des nombreuses œuvres de bienfaisance et de prévoyance médicales, les syndicats médicaux pratiquèrent l'entr'aide confraternelle et le secours syndical soulagea bien des misères dans les familles médicales.

Pour décrire en détail, l'œuvre du syndicalisme médical, il faudrait écrire plusieurs volumes. Contentons -nous de cette brève énumération pour apprendre à nos confrères qui paraissent trop l'ignorer, ce que le Corps médical français doit au syndicalisme médical qui, s'il avait eu l'appui d'une législation appropriée, aurait pu devenir la vraie Corporation de la profession médicale.

J. NOIR.

(1) Lire dans le *Concours Médical* du 6 août 1939 un article sur l'historique de l'Ordre des médecins où nous avons exposé les efforts de l'Union des syndicats médicaux depuis 1887 pour obtenir la réalisation de l'Ordre. J. N.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE DE L'HÔPITAL BROUSSAIS

UN CAS D'HÉPATO-NÉPHRITE AIGUE MORTELLE

Professeur Abrami

Leçon du 24 mai 1941

Notre leçon d'aujourd'hui concerne un cas d'*ictère aigu*, entré dans notre service le 7 mai dernier et décédé hier. Ce cas soulève, vous allez le voir, d'importants problèmes de diagnostic, et de pathogénie.

Il s'agit d'un homme de 65 ans, qui s'est fait hospitaliser, parce que, depuis quelques jours, il s'était aperçu qu'il devenait jaune. La jaunisse, d'abord peu marquée, s'était accentuée de jour en jour, et, lors de son admission dans le service elle présentait une intensité vraiment exceptionnelle : sur tout le corps, on voyait un ictère jaune d'or, « flamboyant » ; sur le visage, la teinte rappelait celle d'une grenade mûre. Et ce seul aspect faisait immédiatement penser à une spirochétose ictérigène. Mais il ne s'agissait pas de cela, ainsi que je vous le montrerai. Cet homme est jardinier ; il y a quelques mois, il était déjà venu dans notre service, atteint d'un tétanos grave dont il a heureusement guéri. Et déjà nous avions noté l'aspect « sanguin », rutilant, de son visage hâlé par le soleil. Actuellement, le mélange des deux teintes, la rouge écarlate, d'origine professionnelle, et la jaune, due à l'ictère, explique cet aspect de « grenade mûre » qui nous a tous frappés.

En présence de cet ictère récent, il fallait, comme devant tout ictère, procéder à un examen méthodique :

1° Etudier d'abord le syndrome ictère en lui-même ;

2° Rechercher les circonstances dans lesquelles il avait fait son apparition ;

3° Rechercher l'existence des syndromes associés à la jaunisse.

I. — Le syndrome ictère

La teinte extrêmement accentuée de l'ictère fait naturellement penser à une *rétention importante de la bilirubine*. Et, en effet, tous les examens concourent à montrer l'intensité de cette rétention :

Les matières fécales sont — et ont été dès le début — complètement décolorées ; c'est vraiment l'aspect blanc, mastic, caractéristique.

Les urines, couleur de bière brune, contiennent une très grande quantité de bilirubine. Par contre, elles ne renferment pas d'urobiline, — preuve nouvelle de l'existence d'une rétention complète des pigments. L'urobiline se forme dans l'intestin, aux dépens de la bilirubine, et lorsque cette dernière n'est pas excrétée dans le duodénum, il ne peut se développer d'urobiline.

Le tubage duodénal ne ramenait qu'un liquide muqueux, incolore, dépourvu de tout composant biliaire.

Enfin, le dosage de la *bilirubine dans le sang* montrait un chiffre très élevé, de un gramme par litre ; presque tout le pigment était constitué par de la bilirubine vraie, élaborée par le foie, donnant avec le procédé de Van den Bergh, la réaction directe caractéristique.

Donc : rétention pigmentaire totale.

A cette rétention des pigments s'ajoute une *rétention des sels biliaires*, dont témoignent à la fois : l'épreuve des hémoconies négative, la stéatorrhée chimiquement constatée, la détection des sels dans les urines par la réaction de Hay, et enfin la présence, dans le sérum sanguin, de 0 gr. 06 de sels biliaires par litre. Il est à noter que notre malade ne présentait aucun des deux symptômes qui, classiquement, extériorisent la rétention saline : le prurit et la bradycardie. Mais leur absence, vous le savez, est fréquente en pareil cas.

A noter également que la rétention saline est beaucoup moins importante que celle des pigments, ce qui fait de cet ictère un « ictère dissocié », du moins relativement.

II. — Les conditions d'apparition

Cet ictère, notez-le, est survenu inopinément, en plein état de santé. Il n'a été précédé d'aucun des phénomènes qui, si souvent, marquent l'entrée en scène d'un ictère aigu : douleurs, troubles digestifs et signes infectieux.

Ni céphalée, ni douleurs de la nuque, des lombes, des mollets (comme cela se produit dans les

spirochétoses ictérigènes) ; aucune sensibilité anormale de l'abdomen, ni de la région hépatique (comme dans les ictères lithiasiques).

Nul trouble digestif : anorexie, constipation subite, tendance aux vomissements, langue horriblement saburrale (comme au début de l'ictère catarrhal).

Enfin, absence complète de signes infectieux : avant l'entrée à l'hôpital, notre homme était debout, sans malaises généraux, sans frissonnements, sans fièvre.

Trois jours avant de venir nous consulter, il avait été surpris de voir la couleur foncée, jaune-rougeâtre, de ses urines ; le lendemain, il s'apercevait avec étonnement qu'il était jaune, de la tête aux pieds. Et c'est pour cette jaunisse, qui fonçait littéralement d'heure en heure, nous dit-il, qu'il s'était décidé à entrer à l'hôpital.

Ajoutons, que dans son passé, — à l'exception du tétanos dont nous l'avons soigné il y a six mois, — on ne retrouvait aucun incident digne de retenir l'attention.

III. — Les syndromes associés

L'exploration systématique des organes montrait les symptômes suivants :

Le foie était nettement augmenté de volume. Cette hépatomégalie, qui s'est accentuée de jour en jour, amenait, au bout de la première semaine, le bord inférieur du foie à un travers de main au-dessous du rebord costal. Foie lisse, ferme mais non dur, régulier, à peine sensible à la pression bimanuelle.

L'abdomen se laissant facilement déprimer, et l'homme n'étant pas obèse, nous avons recherché avec le plus grand soin l'*état de la vésicule biliaire*. Nulle part, nous n'avons constaté la saillie arrondie, élastique, à peine mobilisable, qu'aurait pu donner une vésicule distendue. Mais je vous ai dit souvent combien pareille exploration est délicate et combien ses résultats positifs sont sujets à caution.

La rate ne paraît pas augmentée de volume : on ne la sent pas, en fin d'aspiration profonde, même en enfonçant les doigts sous le rebord costal gauche.

L'appareil digestif est, chose digne de remarque, à peine troublé : notre malade a faim ; sans doute, la langue est blanche, étalée, et l'haleine forte. Mais on ne note ni nausées, ni diarrhée, ni constipation.

Les appareils respiratoire et circulatoire sont normaux. Le pouls, régulier, bat entre 68 et 80 ; la tension est de 13-8.

Les urines, peu abondantes, ne contiennnt ni sucre, ni albumine. Elles ne renferment pas de globules rouges, mais par contre, on y voit *quelques cylindres granuleux authentiques*, indices certains d'une altération tubulaire du rein.

L'azotémie est de 0 gr. 42, aux limites de la normale chez un homme de 65 ans, et qui, hier encore, mangeait de bon appétit.

Le *système nerveux* était indemne. Aucun signe méningé ; aucun trouble psychique, confusionnel ou délirant ; aucune myalgie. Seuls, deux symptômes nous ont frappé dès le début par leur intensité et surtout leur persistance ; un *hoquet* continuel, incoercible et une abondante *salivation*.

La recherche des *troubles de la crase sanguine* se montrait complètement négative. Aucune trace d'hémorragie cutanée ou muqueuse ; signe du lacet négatif. Temps de saignement normal, de 1 m. 15 ; temps de coagulation en petits tubes également normal, de 8 minutes.

En résumé, l'examen clinique de ce malade nous mettait en présence du bilan symptomatique suivant. Ictère datant de quelques jours, caractérisé par une rétention complète des pigments et une rétention des sels biliaires ; associé à une hépatomégalie notable, sans splénomégalie appréciable, sans dilatation perceptible de la vésicule ; légère irritation rénale. Ictère apyrétique, survenu en pleine santé, sans aucun syndrome digestif, nerveux ou infectieux surajouté.

***

Le diagnostic.

Réduit aux seuls moyens de la clinique, le diagnostic d'un pareil cas était impossible. S'agissait-il d'un *ictère par cholostase*, tel que le peuvent réaliser tous les obstacles obstruant ou comprimant la voie biliaire principale (calcul du cholédoque, cancer de la tête du pancréas, des voies biliaires, de l'ampoule, pancreatine, — pour ne citer que les causes habituelles) ? S'agissait-il, au contraire, d'un *ictère par hépatite* ?

Aucun des symptômes qui, d'habitude, peuvent nous mettre sur la bonne voie, n'était ici à retenir. Pas même l'hépatomégalie, dont mon collègue et ami Brulé a montré toute l'importance en faveur d'un ictère d'origine mécanique. Car, dans certaines formes d'hépatite ictérigène, en particulier dans l'ictère catarrhal prolongé l'augmentation de volume du foie est constante et, par sa progression régulière, reproduit absolument celle des cancers ou de certaines lithiases cholédociennes. Il en est de même de certaines hépatites ictérigènes infectieuses, ou toxiques, qui évoluent secondairement vers l'atrophie du foie.

Et cependant, vous comprenez l'importance, en pareil cas, d'un diagnostic précoce. L'ictère par cholostase est un ictère chirurgical, et que l'opération soit curative — comme dans la lithiase — ou simplement palliative, — en cas de cancer —, il y a intérêt à en décider le plus tôt possible. L'ictère par hépatite, au contraire, ne relève qu'exceptionnellement de la chirurgie ; et une intervention, entreprise à tort, peut, chez ces sujets opérés en pleine insuffisance hépatique, avoir les plus graves conséquences.

En présence du dilemne où nous nous trouvions, seules, les *épreuves d'exploration fonctionnelle du foie* étaient capables de trancher la question. Elles ne nous ont jamais trompés. Ces épreuves concernent :

1° L'exploration du transit hépatique (épreuves de l'eau et du galactose) ;

2° Le dosage du fibrinogène, dans le sang ;

3° Le dosage du cholestérol, et spécialement de sa fraction estérifiée, dans le sang.

Au cours des ictères par cholostase, toutes ces épreuves — vous le savez — fournissent une réponse normale, tant que la cellule hépatique n'a pas souffert ; et sa souffrance, d'après les recherches que nous avons poursuivies depuis de nombreuses années avec Fauvert, ne survient jamais avant la sixième, la huitième semaine de l'ictère. Au contraire, dès qu'il s'agit d'hépatite, les épreuves sont considérablement perturbées.

Or, appliquées à notre malade, les réponses du laboratoire sont formelles, et permettent, sans aucune possibilité de discussion, d'incriminer l'hépatite, comme cause de son ictère. L'épreuve de l'eau montre un transit extrêmement perturbé, avec une élimination très faible et une densité élevée des urines correspondantes à l'absorption ; l'épreuve du galactose parle dans le même sens. La fibrine est à 1 gr. 03, chiffre extrêmement bas, comparativement aux 5 grammes du sang normal. Le cholestérol total est de 0 gr. 70, ce qui est un des taux les plus bas que l'on puisse observer. Et surtout, alors que le cholestérol libre est de 0 gr. 40, le cholestérol estérifié n'est que de 0 gr. 30, tandis que, normalement, sa valeur est deux fois plus élevée que celle du cholestérol libre.

La concordance de toutes ces réponses, autant que les valeurs qu'elles expriment, ne laissent place à aucun doute. Il s'agit d'un cas d'*ictère aigu, par hépatite.*

Dès lors, une série de questions se posaient à nous. De quelle nature était cette hépatite ? Toxique ? Infectieuse ? Comment en prévoir l'évolution ?

L'origine toxique pouvait être écartée avec certitude ; car rien, dans l'anamnèse de ce cas, ne permettait de l'incriminer.

Parmi les *hépatites infectieuses,* nous pouvions de même éliminer l'ictère dit catarrhal, les ictères infectieux, la spirochétose ictéro-hémorragique.

L'*ictère catarrhal,* en raison de l'absence complète d'une période digestive pré-ictérique, et en raison de l'hépatomégalie importante, qui ne s'observe jamais en pareil cas..

L'*ictère infectieux commun,* à cause de l'absence de tout phénomène infectieux, non seulement avant l'apparition de la jaunisse, mais depuis qu'elle est installée.

La *spirochétose,* enfin, à cause de l'absence de phase préictérique, de l'absence de myalgies, de congestion conjonctivale, de tout signe hémogénique, de tout signe méningé, de la pauvreté des signes néphrétiques, — et spécialement d'hyperazotémie — ; enfin de la fibrinémie extrêmement basse, car, dans les cas authentiques de spirolhétose ictérigène que nous avons observés, le taux de la fibrine était, comme l'a indiqué Lian, très supérieur à la normale.

Mais, ces états une fois éliminés, nous restions dans l'incertitude complète, touchant la nature exacte de cette hépatite.

Etions-nous à la phase initiale d'un *ictère catarrhal prolongé* ? L'intensités de la jaunisse, la décoloration complète des matières, l'hépatomégalie, l'absence de fièvre, pouvaient faire penser à cette variété d'hépatite, si bien décrite par Dieulafoy, mais dont nous ignorons complètement l'origine. Il était impossible de l'affirmer.

S'agissait-il d'un début d'*ictère grave cryptogénétique,* et, malgré l'excellence de l'état général, l'absence de tout signe nerveux ou urémique, allions-nous assister à l'évolution progressivement aggravée de la maladie ? Rien, scientifiquement, ne permettait de le prévoir.

Les épreuves d'exploration fonctionnelle, si fidèles et si précieuses quand il s'était agi d'incriminer l'origine hépatique de l'affection, n'étaient, en elles-mêmes, d'aucun secours. Sans doute, l'intensité des troubles fonctionnels qu'elles avaient mis en lumière était impressionnante ; mais une intensité aussi grande peut s'observer dans l'*ictère catarrhal,* la plus bénigne des hépatites. Ce sont des épreuves de diagnostic beaucoup plus que de pronostic ; elles nous renseignent sur l'état de fonctions, dont la perturbation, même très accentuée, reste compatible avec la survie du malade et sa guérison complète. Ce n'est qu'en les répétant, en comparant les valeurs respectives qu'elles expriment, qu'on peut en tirer des éléments de pronostic.

Seule, l'évolution ultérieure de l'affection pouvait donc nous apporter les précisions demandées. Nous restions légitimement inquiets, malgré la conservation d'un bon état général, à cause de l'intensité exceptionnelle de l'ictère ; à cause du hoquet persistant ; à cause de la cylindrurie granuleuse.

LE PRONOSTIC. — Dans les jours qui suivirent la première semaine, trois symptômes firent leur apparition, qui vinrent établir le bien fondé de nos craintes.

D'abord, *des hémorragies gastro-intestinales.* Six jours après son entrée dans le service, notre malade fut pris d'un petit vomissement de sang ; le lendemain survint une hémorragie intestinale, qui devait se répéter, bien qu'atténuée, les jours suivants.

◆◆◆

Ces hémorragies, apparues ainsi en dehors de toute altération du temps de saignement, en dehors de toute autre hémorragie cutanée ou muqueuse, il était facile d'en deviner la cause. Elles étaient dues à un *défaut de prothrombine dans le sang* ; et ce défaut lui-même était imputable à la carence de vitamine K, celle-ci exigeant, pour être absorbée dans l'intestin, la présence de sels biliaires. Chez ce sujet, atteint d'un ictère avec rétention totale, dont le liquide duodénal ne contenait aucun élément biliaire, et, par conséquent dont le milieu intestinal était dépourvu de sels biliaires, la vitamine K ne pouvait être absorbée ; et le sang devait s'appauvrir en prothrombine. Le dosage de cette dernière la montrait en effet abaissée à 30, c'est-à-dire au-dessous du « seuil hémorragique ». Il est probable aussi qu'à cette déficience d'origine vitaminique, intestinale, se superposait une déficience d'origine hépatique, due au mauvais état fonctionnel du foie.

En tout cas, ces hémorragies indiquaient l'emploi immédiat des substances correctrices de la carence en vitamine K et en prothrombine. Aussi nous avez-vous vu prescrire des injections bi-quotidiennes de « Kthrombyl ». Sans doute est-ce à leur influence qu'il faut attribuer la réduction notable des hémorragies gastro-intestinales.

Le second phénomène inquiétant, qui survint aussi vers cette époque (10[e] jour de la maladie) fut la *réduction du volume du foie*. De jour en jour, en effet, nous constatâmes la diminution de l'hépato-mégalie ; et cette diminution était d'environ un travers de doigt, quotidiennement.

Si ce symptôme avait coïncidé avec une amélioration de tous les autres signes, si nous avions vu, en particulier, les selles se recolorer tant soit peu, nous aurions interprété cette régression de volume du foie comme un symptôme de bon augure.

Mais c'est le contraire à quoi nous assistions. L'état général, jusqu'alors très satisfaisant, commença à s'altérer, et dès lors s'aggrava de jour en jour. Perte progressivement complète de l'appétit ; apparition de vomissements ; chute rapide des forces : le malade, jusque-là si vaillant avait de plus en plus de peine à s'asseoir dans son lit. En même temps, il devenait inquiet ; pendant des heures entières, il demeurait inerte, abattu, somnolent ; puis il sortait de cette torpeur pour geindre, se plaignant d'un indéfinissable malaise. La palpation de ses membres, de son abdomen, lui tiraient des plaintes. Sa respiration, tout en restant de rythme normal, devenait fréquente. Et la température, jusqu'alors normale, avait une tendance nette à l'hypothermie.

L'ensemble de ces symptômes fonctionnels ne pouvait tromper ; c'étaient ceux de l'*urémie*. Bien que les urines ne renfermassent toujours pas d'albumine, et que leur volume quotidien restât en rapport avec la quantité de boissons absorbées, les dosages successifs de l'urée sanguine montrèrent l'ascension progressive et très rapide de l'azotémie. De 0 gr. 42, chiffre des premiers jours (9 mai), le taux de l'urée passait à 1 gr. 60 le 17 mai, à 3 gr. 40 le 22 mai, à 4 gr. 57 le 23 mai.

En même temps, nous faisions rechercher *l'acidose*, fréquente au cours de ces grandes azotémies : le dosage de la réserve alcaline la montrait effectivement très réduite, à 20 volumes.

De tels indices ne pouvaient laisser aucun doute sur l'issue malheureusement fatale de la maladie. Le malade, entré dans le coma le 22, succombait le lendemain.

Il est mort d'une *hépato-néphrite d'origine indéterminée*. Et il est mort bien plus *du fait de sa néphrite, que de son hépatite*. Sans doute, l'altération fonctionnelle du foie était patente ; sans doute, aux troubles du transit de l'eau et du galactose, à la baisse considérable de la fibrinémie, à l'énorme réduction de la fonction d'estérification du cholestérol, se superposaient chez ce malade des troubles importants de l'excrétion des pigments et des sels biliaires. Mais tous ces troubles ne permettaient pas de considérer la glande hépatique comme fonctionnellement détruite.

La cellule hépatique élaborait encore la bilirubine, (puisque le malade en avait un gramme par litre de sérum, malgré une excrétion rénale continue), *elle fabriquait encore des sels biliaires* ; *surtout elle faisait encore la synthèse de l'urée*, puisque sans la conservation de cette fonction uréogénique, le sujet n'aurait pas été en état d'hyperazotémie. Au moment de sa mort, son organisme était imprégné de 4 gr. 57 d'urée par kilo, ce qui, chez cet homme de 60 kilos, défalcation faite du poids du squelette, représente une rétention de plus de 250 grammes d'urée, que le foie avait fabriqués. Enfin, si *le taux de sa glycémie*, qui, au début de l'affection, atteignait 1 gr. 36 s'était, le 17 mai, abaissé à 1 gr. 02, malgré l'absorption quotidienne de quantités importantes de sucre, et si cette baisse de la glycémie peut être interprétée, elle aussi, comme un signe d'insuffisance hépatique, elle était bien loin d'atteindre les niveaux très bas que l'on rencontre dans les grandes destructions fonctionnelles du foie.

C'est donc bien l'altération rénale qui, en ajoutant une azotémie progressivement très élevée et compliquée d'acidose aux lésions d'origine hépatique, a été la cause principale de la mort.

Peut-être les investigations bactériologiques encore en cours, et les résultats de l'examen histologique des organes me permettront-ils, dans un avenir prochain, de vous apporter des précisions sur la nature exacte de cette hépatonéphrite.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES EXTERNES ET DES RHUMATISMES CHRONIQUES PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'HUILE DE FOIE DE MORUE (1)

Par Léon-Georges CUGNET,

Interne des Asiles Nationaux
Aide-Assistant d'Histologie à la Faculté de médecine de Paris

Etudiant la tuberculose pulmonaire, nous fûmes frappé par l'abondance et la diversité des traitements, et leur peu d'efficacité.

Avec la foi de la jeunesse, et les ambitions qu'elle ose se permettre, nous voulûmes reprendre le problème à sa base, après tant d'autres pourtant beaucoup plus compétents et plus savants que nous.

Cette hardiesse, qui maintenant déjà semble bien puérile à notre esprit qu'un an de guerre a rendu plus mûr et plus sceptique, eut toutefois sa récompense puisqu'elle nous a permis d'obtenir des résultats très encourageants dans les tuberculoses chirurgicales, et des résultats excellents et inattendus dans les rhumatismes chroniques et d'autres affections.

Voici succinctement la succession d'idées qui, au début de 1938, nous a amené à ce traitement.

Il s'agit de détruire un microbe d'un genre bien spécial, un champignon, le Mycobacterium tuberculosis de Koch, bâtonnet de 1 à 6 µ de long sur 0 µ 4 de large comportant souvent à son intérieur des corpuscules chromophiles. Cet aspect morphologique, le seul rencontré dans les exsudats ou tissus pathologiques, est le seul qui ait une valeur diagnostique. C'est vraisemblablement à cette forme qu'il faut s'attaquer.

Quant aux formes rencontrées dans les cultures, (filaments de la substance cyanophile, corps bacillaires de la substance fuchsinophile, corpuscules chromophiles à l'intérieur des corps bacillaires et parfois dans des filaments aberrants), si elles démontrent le bien fondé de la classification du bacille de Koch dans les champignons, elles nous intéressent beaucoup moins puisque nous ne les trouvons qu'en cultures (à part les granulations chromophiles). Les travaux de Philibert, confirmés par les recherches de Hollande, montrent le cycle évolutif du parasite à partir des granulations chromophiles non acido-résistantes trouvées dans les cellules géantes pour aboutir à la forme bacille acido-résistant, qui paraît être la forme adulte du parasite et qui demande pour se réaliser des conditions optima.

Pour ce qui est des éléments filtrables, nous pensons avec Valtis qu'ils seraient des éléments de désagrégation (et non pas de dégénérescence) des corpuscules chromophiles, plus petits que ceux-ci, et capables comme eux de régénérer le bâtonnet.

En bref, le bâtonnet serait la forme adulte et dangereuse par les lésions qu'elle détermine ; toutes les autres formes ne seraient que des formes de souffrance ou de résistance du parasite, mais non productrices directement de lésions organiques.

Les réactions tinctoriales du bâtonnet, bien connues, sont celles également du Mycobacterium lepræ de Hansen et des bacilles tuberculoïdes et léproïdes.

Sa constitution chimique, par contre, est insuffisamment connue ; comme tous les microbes, il renferme des matières albuminoïdes, de l'eau, des sels, des matières grasses et peut-être des hydrates de carbone. Mais sa différence capitale avec tous les autres microbes est sa haute teneur en matières grasses : 40 % (graisses neutres et acides gras du type acide palmitique).

En outre, on y trouve un pigment jaune orangé et des matières volatiles odorantes.

Le caractère acido-résistant du bacille de Koch a été attribué à sa haute teneur en graisse ; mais si les acides gras sont acido-résistants, les graisses neutres ne le sont pas. D'autre part, les recherches de Philibert et de Dorset et Cowic ont montré que le bacille de Koch ne prend pas les colorants habituels des graisses tels que l'acide osmique et le Soudan3 ;

Quant aux cultures de bacille de Koch, comme l'a démontré Koch le premier, elles exigent la présence de matières organiques ou de glycérine, une température optima de 37° à 39° (limites extrêmes 29° à 42°), et la présence d'oxygène ; le milieu le plus favorable est le milieu de Lœwenstein. D'autre part, les cultures homogènes d'Arloing et de Courmont ont montré des formes intéressantes de bâtonnets non acido-résistants que Courmont appelle « bacilles nus », formes particulières qu'il a retrouvées dans l'organisme (hémoculture).

Par ailleurs, l'addition de certaines substan-

(1) Travail effectué avec la collaboration de Mme Paul PRENEY-PEQUIGNOT, pharmacien, ex-interne des hôpitaux de Paris, et du Docteur Paul PRENEY, médecin-contrôleur des Assurances sociales, sous le contrôle du Docteur M. BERTHOUMEAU, médecin-chef de l'Asile national des convalescents,

ces aux milieux de culture apporte des modifications dans la virulence ou la rapidité de développement du bacille de Koch. Aussi nous pensions attaquer ce microbe de deux façons : directement d'une part, et d'autre part, indirectement en modifiant le terrain, comme ont essayé de le faire de nombreux auteurs, qui ont préconisé l'emploi de choline, de calcium, etc.

L'attaque directe nous paraissant bien préférable, et pensant que la résistance du bacille de Koch aux différents antiseptiques était due à sa haute teneur en matières grasses qui lui forment une sorte de cuirasse, nous avons songé à détruire cette « cuirasse ciro-graisseuse » par un solvant des graisses pour détruire ensuite ce champignon par un agent spécifique des mycoses. Les solvants habituels des graisses (éther, chloroforme, etc.) étant inutilisables *in vivo*, seuls pouvaient être utilisés les corps gras et les huiles ; et nous expliquions ainsi dans une certaine mesure les résultats obtenus depuis longtemps par l'administration empirique de l'huile de foie de morue.

Ainsi, Dieulafoy déclare dans son « Traité de pathologie interne » à propos des tuberculeux pulmonaires :

« J'ai obtenu des résultats excellents avec de « l'huile de foie de morue à fortes doses ; je la fais « prendre à grands verres ; quelques malades en « ont bu 400 à 500 grammes par jour pendant « plusieurs semaines. Je répète que les résultats « obtenus sont souvent surprenants. »

L'huile de foie de morue contient en effet 30 % de matières grasses solides et 70 % de matières grasses liquides. C'est à celles-ci que nous attribuons son pouvoir lipolytique. Ces matières grasses sont des glycérides d'acides gras saturés (myristique, stéarique, palmitique) et d'acides gras non saturés, les uns à une seule fonction éthylénique (zoomarinique, oléique, gadoléique, isocrinique), les autres à quatre ou cinq fonctions éthyléniques, les plus importants (thérapsique, arachidonique...).

Elle contient en outre :

1° des bases organiques : volatiles (butylamine, etc.) ; fixes (thyrosamine, morrhuine, etc.) aminées (dues à la décomposition des matières albuminoïdes lors de l'autolyse des foies) ;

2° des composés minéraux : phosphore (sous forme de composés organiques tels que lécithines et glycérophosphates) ; iode (0,03 à 0,04 ‰ en combinaison organique) ; brome, soufre, calcium, magnésium, manganèse, fer ; le tout en complexes organo-métalloïdiques ou organo-métalliques, donc particulièrement assimilables ;

3° enfin, de sstérols (1 à 1,5 %, cholestérine) ; des matières biliaires ; des vitamines A, D et E.

C'est à ces dernières qu'on a voulu rapporter toute l'action de l'huile de foie de morue, ce qui, à notre avis est une erreur. Certes, ces vitamines jouent un très grand rôle, mais les complexes métalloïdo-organiques que nous avons signalés ont, pensons-nous, sur le métabolisme général de notre organisme, une influence extrêmement importante qu'on a eu le tort de négliger.

C'est pourquoi, d'ailleurs, nous employons de préférence une huile de foie de morue extraite par le vide et à froid, ce qui lui conserve le maximum de ses qualités « vivantes ».

Voulant savoir si nos conclusions étaient justes, nous avons mis en contact pendant 48 heures à l'étuve à 37° une fort belle culture de bacilles de Koch sur milieu L. et une légère couche d'huile de foie de morue. Dix-huit heures après, les bacilles de Koch étaient en « vrilles » ; trente-six heures après, ils étaient granuleux ; enfin quarante-huit heures après, nous ne pûmes les retrouver.

Ce fait nous confirma dans notre choix de l'huile de foie de morue pour l'attaque directe du bacille de Koch et nous comptions de plus sur les propriétés énoncées plus haut pour son attaque indirecte en modifiant le terrain.

Restait à trouver le mode d'introduction le plus efficace et le plus pratique, car l'huile de foie de morue *per os* étant fréquemment mal tolérée, la méthode simple de Dieulafoy est trop souvent inapplicable.

On a cherché pour les tuberculoses externes d'autres modes d'administration de l'huile de foie de morue, ou même, partant du même principe, d'une huile simple végétale additionnée d'iode (huile d'arachide iodée de Finikoff) ; et on a utilisé la voie sous-cutanée ou la voie intramusculaire ; mais la formation de nodules douloureux persistants et quelquefois même d'abcès huileux ont beaucoup restreint l'emploi de cette méthode.

Un mode d'administration intéressant par sa simplicité et son innocuité a été proposé dans les cas de tuberculoses osseuses par Christou, de Berck, qui a obtenu des résultats extrêmement intéressants en donnant à ses malades des lavements quotidiens à garder de 120 c. c. d'huile de foie de morue chez l'adulte (*Bruxelles médical*, 7 mai 1933).

Raisonnant sans attacher aux idées classiques la valeur d'arrêts définitifs, il nous a semblé que dans les tuberculoses pulmonaires, (car c'est celles-ci que nous visions particulièrement), la voie d'introduction la plus rationnelle était la voie intra-veineuse pour deux raisons : 1° apport presque immédiat du médicament au contact de la lésion et du microbe ; 2° fixation, puis élimination, d'une grande partie du produit dans l'organe atteint grâce au pouvoir lipodiérétique du poumon (travaux de notre maître, M. le Professeur Léon Binet).

Le danger des injections intra-veineuses d'huile nous a semblé un préjugé courant et classique, mais non réellement fondé, puisque les embolies

pulmonaires *graisseuses*, dont on fait tant état dans les traités de physiologie, n'ont pas été observées à la suite d'injections huileuses, mais à la suite de fractures osseuses, et étaient constituées par l'arrivée dans les capillaires pulmonaires de débris de moëlle osseuse, comportant tout de même un reticulum et des éléments figurés !

D'ailleurs, dans la lutte contre un agent pathogène extrêmement voisin, le *Mycobacterium leprae* de Hansen, les médecins français de la léproserie de Pondichéry ont obtenu d'excellents résultats par l'administration intra-veineuse d'huile de Chaulmoogra à leurs malades ; ils ont pu faire plus de 8.000 injections (en 1934) sans jamais observer aucun accident. Il y a longtemps également que les médecins du régiment des Sapeurs-pompiers de Paris pratiquent des injections intra-veineuses d'huile camphrée aux asphyxiés.

* * *

Nous avons donc commencé l'expérimentation sur un chien de 15 kilos ; nous nous sommes servi d'une huile de foie de morue extraite à froid et par le vide afin, comme nous l'avons dit, de lui conserver le maximum de ses qualités et de ses propriétés et d'éviter son oxydation qui provoquerait une augmentation de ses acides gras et entraînerait par eux une saturation plus rapide de l'organisme.

Les injections intra-veineuses ont été pratiquées naturellement avec des instruments stériles, mais bien entendu sans aucune stérilisation de l'huile de foie de morue, qui non seulement aurait été inutile étant donné le pouvoir microbicide de celle-ci, mais même nuisible en détruisant ses vitamines et en modifiant ses complexes métalloïdo-organiques. Ces injections étaient parfaitement indolores et n'ont produit aucun accident, tant que les doses injectées ne dépassaient pas deux tiers de c. c. par kilo d'animal. A la dose de 1 c. c. par kilo, on note un certain degré d'ivresse légère et momentanée.

Comme il s'agissait d'un produit organique animal, nous avons pensé à la possibilité d'un choc anaphylactique ; aussi avons-nous pratiqué les injections chez le même animal soit quotidiennement, soit à des intervalles variant de cinq jours à un mois ; nous n'avons jamais noté aucun accident. Mieux même, chez cet animal âgé de 12 ans qui présentait une parésie du train postérieur, nous avons pu noter dès les premières injections une amélioration très nette de l'état général, ce chien pouvant se tenir debout facilement, sa truffe étant redevenue humide et fraîche, son poil brillant, son appétit excellent ; il avait engraissé de 250 grammes.

L'innocuité de ces injections étant ainsi démontrée sur le chien, même à grosses doses quotidiennes, nous avons conclu, un peu vite, de l'animal à l'homme. Nous fîmes faire alors sur nous-même par notre ami Paul Preney une injection intra-veineuse d'huile de foie de morue. Nous pensions nous faire faire une injection de 5 c. c. (dose prudente puisque nous croyions pouvoir recevoir sans danger 1/2 c. c. par kilo d'individu), mais comme nous souffrions alors d'une légère grippe, notre collaborateur ne consentit à nous injecter que 2 c. c. seulement. Cette injection fut absolument indolore et nous pûmes rentrer sans incident de Paris à notre domicile en banlieue. Dans la nuit même, environ cinq heures après l'injection, nous avons ressenti une réaction générale fébrile (Température à 39°8) et des symptômes qui étaient exactement ceux d'une très forte grippe, ce qui ne nous étonna pas outre mesure. Une fois sur pieds, trois jours après, nous reprîmes nos occupations ; puis, nous nous refîmes plus tard de nouvelles injections à doses beaucoup plus faibles (1/2 à 1 c. c. au maximum); elles nous donnèrent les mêmes symptômes que la première, mais atténués, symptômes qu'il nous fallut bien, cette fois, rapporter aux seules injections d'huile de foie de morue intra-veineuses.

Nommé quelques mois après interne en médecine générale à l'Asile National des Convalescents, et n'ayant pas là de tuberculeux pulmonaires, nous avons dès la fin d'août 1938, et convaincu de leur innocuité après nos essais sur nous-même, commencé des injections intra-veineuses d'huile de foie de morue sur les malades atteints de tuberculoses externes, avec l'autorisation bienveillante de notre médecin-chef, M. le Docteur Berthoumeau, et sous son contrôle.

Voici quelques-unes de nos observations, parmi une centaine.

Pour éviter d'inutiles répétitions, nous avons supprimé de ces observations la description des réactions générales et focales, que nous avons remarquées chez la presque totalité de nos malades, réactions toujours semblables, et qui consistent en ceci :

Trois à cinq heures en moyenne après l'injection (écarts maxima observés : 1 heure 1/2 et 36 heures), malaise général, asthénie, exacerbation des douleurs et sensation de « battements », de congestion, au niveau de la lésion (réaction focale), élévation de la température pouvant atteindre 39°5 ou 39°8, sudation abondante, oligurie avec une légère urobilinurie, et tous les signes d'une grippe banale ; sédation de ces symptômes le lendemain, avec température à 38° environ. Enfin, disparition de ces symptômes le surlendemain. Il peut arriver toutefois, surtout si l'injection a été forte et poussée trop brutalement, que le malade ressente pendant trois ou quatre jours une légère gêne respiratoire, qui disparaît sans traitement spécial. (Quelques ventouses sèches procureraient au besoin un très rapide soulagement).



L'intensité de cette réaction générale, variable, est sans aucun rapport avec le résultat obtenu, certains malades ayant été guéris sans avoir pratiquement fait de réaction. D'autre part, dans les traitements prolongés, on remarque une accoutumance très nette à cette « grippe artificielle ». Enfin, cette réaction ne contre-indique nullement l'alimentation, au contraire, puisque les malades ont eux-mêmes remarqué que, mieux ils mangeaient et mieux ils la supportaient (abstinence d'alcool cependant). La seule précaution à prendre est de se coucher, si la réaction est forte, et d'éviter de prendre froid.

A noter encore que le poids du malade peut baisser de deux ou trois kilos par suite des sudations abondantes, mais se stabilise très vite pour remonter très rapidement.

Obs. n° 1. — Ja... Joseph, 27 ans. Entré à l'A. N. C. le 31 octobre 1938 en convalescence d'abcès froid de la Ve côte gauche. Curettage de l'os pour la deuxième fois, il y a quatre mois ; mais, deux mois après cette intervention, les douleurs et la suppuration ont reparu.

1/2 c. c. d'huile de foie de morue I-V le 2 décembre 1938, 1 c. c. le 5 et 1 1/4 le 7. Peu de réactions ; les douleurs ont disparu le 8 décembre. Nous continuons une série de 1 c. c. les 13, 16 et 20 décembre ; 1 1/2 c. c. le 23 ; 2 c. c. le 27 et 2 1/2 c. c. le 30. La suppuration a nettement diminué et le malade déclare spontanément « avoir toutes les raisons d'être content ». Nous lui injectons 3 c. c. le 3 janvier 1939 ; le 10 janvier la plaie est complètement cicatrisée ; nous lui faisons tout de même 2 1/2 c. c. ce jour-là, puis 2 c. c. le 18 et 2 1/2 le 24. Toujours faibles réactions. Entièrement guéri, il sort le 30 janvier 1939, soit deux mois après le début du traitement.

Ne sachant pas encore si la guérison obtenue par notre traitement était définitive, nous lui conseillons de se faire refaire quelques piqûres dans un an. Or, un an après, c'était la guerre. Ce malade, réformé antérieurement, avait été repris « bon service armé » et se trouvait dans un régiment aux environs de Dunkerque. Nous étions nous-mêmes dans un régiment aux environs de Cassel, et c'est là que sa lettre nous parvint, dans laquelle il nous demandait où il pourrait se faire refaire une série de piqûres, comme nous le lui avions conseillé un an auparavant ; nous remerciant encore, il nous déclarait qu'il ne sentait plus rien de son abcès froid. Nous avons reçu cette lettre au mois d'avril 1940 ; il nous était impossible à l'un ou à l'autre d'avoir une permission à cette époque. Peu de temps après ce fût le 10 mai, et depuis nous n'avons plus eu de nouvelles de ce malade.

Obs. n° 2. — Eti..., Jean, 63 ans, employé d'assurances, entre à l'A. N. C. le 4 mai 1939 venant de la Pitié où il est resté 54 jours pour un abcès froid costal gauche. Il a subi ponctions, rayons ultra-violets et finalement ablation des VIe et VIIe côtes le 9 février 1939. On nous prie de le garder jusqu'à ce que son placement par l'O. P. H. S. puisse être réalisé. Sa cicatrice, longue de 30 centimètres est rouge et douloureuse et il semble qu'une fistule doive se produire bientôt, ce qui arrive en effet trois jours plus tard. Nous commençons notre traitement le 8 mai à raison de 1 c. c. tous les trois ou quatre jours. Le 30 mai, c'est-à-dire à la septième injection, l'écoulement purulent est arrêté, le malade prétend se trouver beaucoup mieux au point de vue général et ne souffre plus du tout. Nous pratiquons encore cinq injections et nous cessons le traitement.

Il sort sur sa demande le 2 août 1939 ; il ne ressent plus aucune douleur et ne présente plus qu'une cicatrice souple à peine visible sur sa cicatrice opératoire.

Obs. n° 3. — Taf... Mohamed, 44 ans, vient le 28 avril 1939 de l'hôpital de Bobigny où il est resté vingt-neuf jours pour une « cure radicale d'abcès froid costal ». Il est porteur d'une adénite cervicale tuberculeuse gauche et d'une ostéo-arthrite tuberculeuse sterno-claviculaire gauche qui malgré l'intervention, est très douloureuse et continue à suppurer.

Nous commençons nos injections le 5 avril (1 c. c. tous les trois ou quatre jours). Le 30 mai, à la huitième injection, l'adénite a diminué, la suppuration également, et les douleurs sont très atténuées ; le malade ne se plaint plus que de vagues malaises dans lesquels il faut faire une large part à son psychisme racial. Nous continuons le traitement. Le 19 juin, il reste une fistulette à son ganglion ; les douleurs ont complètement disparu. Par contre, à l'articulation sterno-claviculaire se développe une tuméfaction de la taille d'une petite noisette, fluctuante et indolore sous une peau rouge et tendue. La fistulisation ne tarde pas à se produire (deux jours après), et nous continuons toujours des I-V d'huile de foie de morue : 1 c. c. tous les trois ou quatre jours. Le 10 juillet, tout étant cicatrisé, nous cessons notre traitement qui a demandé sur cet Algérien dix-neuf injections. Il sort sur sa demande le 11 juillet 1939.

Obs. n° 4. — Mlle M..., 41 ans, vient nous trouver le 20 avril 1941 pour une tumeur blanche fistulisée du genou droit. Celui-ci est énorme, le double de l'autre, et la fistule, dont l'orifice a le diamètre d'une pièce de deux francs au niveau de l'interligne articulaire à sa partie antéro-externe, coule abondamment et nécessite au moins deux pansements par jour. Les douleurs sont très vives et la malade marche avec les plus grandes peines. Le début remonterait aux dires de la malade à plus d'un mois ; elle ne s'en était pas inquiétée outre mesure, ayant eu déjà de multiples abcès froids, mais l'abondance de la suppuration et l'intensité des douleurs l'ont décidée à venir nous voir sur les conseils de son frère employé à l'A. N. C.

Nous commençons immédiatement notre traitement à raison de deux injections par semaine de 1 c. c. 1/2. Après la deuxième piqûre, les douleurs ont disparu, l'écoulement a un peu augmenté, mais aux piqûres suivantes il diminue de plus en plus, de même que la tumeur. A noter que nous ne cherchons aucune immobilisation, bien entendu, et la malade vaque à ses occupations comme d'habitude avec un simple pansement. Le 8 juillet son genou a repris son volume normal, il persiste un suintement peu abondant, l'orifice de la fistule atteint à peine le diamètre d'une pièce de 50 centimes et les *mouvements de flexion et d'extension du genou sont conservés*. Nous esp[é]r[o]ns une cicatrisation complète dans un mois environ.

C'est un cas type de traitement ambulatoire d'une arthrite tuberculeuse dont nous av[o]ns fait constater les résultats remarquables par notre ancien chef, M. le médecin-commandant Grinsard.

***

Les réactions générales et surtout les réactions

focales, que nous avons observées chez tous ces tuberculeux externes, nous ont fait hésiter à appliquer cette méthode sur quelques tuberculeux pulmonaires, que nous aurions pu avoir à traiter. Cependant, chez certains de nos malades osseux ayant bénéficié de notre traitement bien que leur état pulmonaire fût assez suspect pour qu'on ne pût les envoyer à Berck, non seulement la non-aggravation mais même l'amélioration que nous avons constatées sur leurs radios pulmonaires, nous donnent fortement à penser que les tuberculeux pulmonaires tireraient profit de cette méthode.

Les bons résultats obtenus dans les tuberculoses externes nous ont confirmé dans notre idée théorique sur le mode d'action de l'huile de foie de morue sur le bacille de Koch. Aussi, certains auteurs pensant que certains rhumatismes chroniques seraient une forme larvée de tuberculose, nous avons cru que ces injections seraient à la fois un moyen thérapeutique et un moyen diagnostique dans ces rhumatismes. En réalité, nous nous aperçûmes rapidement que ce traitement était efficace dans toutes les variétés de rhumatismes chroniques ; voici quelques observations :

Obs. nº 5. — Les... Jean, 64 ans, est envoyé à l'A. N. C. le 25 avril 1939 pour rhumatismes chroniques datant de quatre ans. Douleurs articulaires surtout aux membres inférieurs et dans la région lombaire rendant la marche très difficile et pénible. Il a fait plusieurs hôpitaux (Fontainebleau, Provins, Bicêtre) où il a été traité par salicylate de soude, atophan, iodaseptine salicylée, ondes courtes, thiodacaïne, etc., sans autre résultat qu'un soulagement momentané toujours incomplet.

Nous lui injections 1 c. c. le 2 mai et 1 c. c. le 6 mai ; les réactions générales sont assez fortes chez ce malade, mais le 8 mai, se sentant très bien, il abandonne ses cannes ; le 9, il s'essaye à courir dans dans le parc, ce qu'il n'avait pu faire depuis quatre ans. Il ne ressent plus aucune douleurs même dans les mouvements les plus extrêmes qu'il s'amuse à faire. Il sort sur sa demande, quinze jours après, entièrement guéri par deux injections seulement.

Obs. 2º 6. — Gué..., Albert, 49 ans, est envoyé à l'A. N. C. le 9 mai 1941 par l'hôpital Cochin pour une arthrite chronique des deux hanches ; (il avait été hospitalisé quatre-vingt-treize jours et avait subi une résection arthroplastique de la hanche gauche). Le chirurgien lui conseille des massages, mais les premières tentatives sont si douloureuses qu'il faut les interrompre.

Nous pratiquons alors 3 I-V d'huile de foie de morue à quatre jours d'intervalle. Dès la deuxième ses douleurs ont disparu, les massages ne sont plus douloureux et le malade a abandonné sa canne pour marcher.

Obs. nº 7. — Fru... Emile, est envoyé le 28 mars 1941 à l'A. N. C. par l'hôpital Saint-Antoine, où il a été traité pendant trente jours par salicylate de soude, Thiopon, Thiodacaïne, sans aucun résultat, pour des rhumatismes chroniques polyarticulaires datant de quatre ans et siègeant principalement aux genoux et aux chevilles. Il marche, ou plus exactement se traine péniblement, avec deux cannes. Le lendemain de son arrivée, nous lui faisons une I-V de 1 c. c. d'huile de foie de morue à 18 h. 30 ; dès 20 heures il commence une réaction qui restera très faible (T. 38º, légère courbature généralisée.) Le lendemain même de cette injection, il déclare «qu'il est changé de 100 % », et abandonne ses cannes dont il n'a plus que faire.

Le 7 avril 1941, ressentant quelques vagues douleurs dans l'épaule gauche, il réclame une deuxième piqûre et nous lui en faisons une de 1 /4 de c. c. Le lendemain ses douleurs ont complètement disparu. Il sort sur sa demande le 18 avril 1941. Depuis il nous a fait parvenir de ses nouvelles et nous dit qu'il allai toujours très bien.

Ces quelques observations, prises parmi beaucoup d'autres, suffiront, croyons-nous, à montrer l'intérêt de cette nouvelle méthode thérapeutique. Nos essais avaient été interrompus par la guerre qui nous a fait perdre de vue la totalité de nos malades et nous a ainsi empêché de juger de la durée de leur amélioration ou de leur guérison, sauf pour deux d'entre eux : l'un porteur d'abcès froid costal, guéri, mobilisé et toujours guéri au bout d'un an (obs. nº 1) ; l'autre atteint de rhumatisme chronique du genou droit et réformé pour ce fait, guéri sans réaction par deux injections seulement, repris « service armé ».

Médecin de bataillon dans les Flandres et à Dunkerque, nous avions évidemment autre chose à faire qu'à soigner des rhumatisants. Cependant, au cours de notre captivité en Belgique, notre distingué confrère le médecin-lieutenant Gourc (de Pau) nous confia un matelot-infirmier réformé par nos confrères allemands pour rhumatisme aigu des deux chevilles et sur qui notre camarade, médecin très éclairé, avait vainement essayé toutes les thérapeutiques connues. Une seule injection de 1 3 /4 c. c. d'une huile de foie de morue blonde fournie par le Service de santé allemand a guéri ce matelot en deux jours après les réactions habituelles.

D'autre part, dans cet hôpital de prisonniers, il nous a été donné d'appliquer sur une grande échelle et avec les meilleurs résultats la méthode classique des applications locales d'huile defoie de morue dans le traitement des plaies suppurantes et atones, ce qui nous a confirmé encore la valeur microbicide et régénératrice de l'huile de foie de morue.

Libéré en décembre 1940, nous avons essayé, à l'A. N. C., ce même traitement sur toutes sortes d'arthralgies (séquelles de fractures par exemple) et sur d'autres maladies chroniques avec de très bons résultats, souvent inespérés, et que nous publierons ultérieurement (1).

(1) L'auteur exposera la technique du traitement dans le prochain nº du *Concours Médical* (N. D. L. R.)

A PROPOS DES AFFECTIONS CHIRURGICALES ASSOCIÉES DU FLANC DROIT

Par le Docteur AUMONT

Chirurgien chef des Hôpitaux de Versailles

Relisant un article du *Concours*, remontant à près de 5 ans, dans lequel le Professeur Marion rappelait l'attention sur la nécessité de toujours penser au rein et à l'uretère, particulièrement dans les syndromes douloureux de la moitié droite de l'abdomen, nous nous sommes souvenu d'une autre difficulté, à laquelle il fait d'ailleurs allusion.

Il s'agit des affections associées qui, peut être rares, sans doute, n'en sont pas moins possibles.

A l'occasion d'une observation curieuse, nous voudrions brièvement souligner l'intérêt de cette remarque.

Qu'il soit péché véniel d'avoir méconnu la coexistence d'une appendicite chronique avec un calcul urétéral ou rénal, une petite hydronéphrose ou un rein mobile, nul n'en disconviendra. Mais que l'inverse se produise, qu'une appendicectomie ait laissé subsister des troubles douloureux d'origine réno-urétérale, ne devient-on pas alors plus critiquable ?

Tous les chirurgiens connaissent les associations d'appendicite et d'annexite droite, d'appendicite et d'épiploïte, d'appendicite et de cholécystite, etc...

Mais comment faire toujours le départ de ce qui revient à l'appendice et de ce qui est réno-urétéral dans un syndrome douloureux du flanc droit ?

Avant de mettre en œuvre toute la série des explorations réno-urétérales, il faut déjà avoir l'à-peu-près conviction qu'elles ne seront pas inutiles, et cela pour de nombreuses raisons (certaines d'entr'elles sont douloureuses, elles constituent un ensemble de recherches coûteuses). Si donc la symptomatologie est fruste du côté urinaire, il y a beaucoup de chances pour que le diagnostic s'arrête à celui d'appendicite chronique.

Il est cependant de bonne précaution, avant d'opérer ces appendicites, de les examiner systématiquement sous l'écran, pour s'assurer qu'il existe au moins quelques modifications radiologiques tels que troubles de la mobilité du cæcum, douleurs au niveau de l'implantation appendiculaire et, au cas où cette exploration reste négative, de ne pas hésiter, avant d'opérer, à explorer plus complètement le rein et l'uretère.

Si les signes radiologiques conduisent à enlever l'appendice, il peut se faire que les troubles douloureux du flanc droit ne disparaissent pas complètement et qu'au bout de quelques semaines ou quelques mois, on soit conduit à penser que derrière cette inflammation chronique de l'appendice, le rein ou l'uretère sont eux-mêmes malades et, dans ce cas, on procèdera aux explorations nécessaires pour établir un diagnostic précis.

Si le diagnostic d'une affection réno-urétérale est d'emblée posé, on s'évitera l'ennui d'une intervention ultérieure sur l'appendice qui est souvent, lui aussi, enflammé chroniquement. en pratiquant systématiquement, par l'incision lombaire, son ablation.

Il y a cependant des cas où le diagnostic ne saurait être fait complètement, quelque soin qu'on y porte.

En voici un curieux exemple :

Il y a 16 ans, nous eûmes à opérer un homme de 35 ans atteint d'une hernie inguinale étranglée droite, dont il présentait les signes caractéristiques La température et le pouls étaient normaux, le ventre souple, nous avions été appelés dans les premières heures de l'accident.

L'intervention nous conduisit sur un sac contenant, avec une anse grêle étranglée, un appendice gros, enflammé, adhérent par sa base au collet du sac, manifestement très malade.

L'intervention pratiquée à l'anesthésie locale fut, au demeurant, fort simple ; cependant notre opéré continuait à se plaindre de vives douleurs, irradiant vers le testicule droit, que nous attribuions tout d'abord à une fâcheuse constriction d'un filet nerveux dans la cicatrice opératoire quand, au bout de 48 heures, il émit spontanément un petit calcul de la taille d'un pois, qui le libéra immédiatement et définitivement.

Ainsi donc étaient superposées exactement dans la même région, trois affections associées :

étranglement herniaire,
appendicite aiguë intra-herniaire,
calcul urétéral.

Cas évidemment exceptionnel, mais qui montre quelles difficultés le diagnostic précis peut parfois rencontrer sur sa route.

Quoiqu'il en soit, pensons toujours au rein et à l'uretère droits en présence d'une affection du flanc droit qui ne fait pas absolument et totalement sa preuve.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

L'encéphalite traumatique chez les boxeurs

d'après le Docteur A. RAVINA (1)

Médecin des Hôpitaux de Paris

ELLE DIFFÈRE DE L'ÉTAT POST-TRAUMATIQUE DU « KNOCK OUT »

Cet état, consécutif au « knock out », traduit, en effet, les résultats généralement passagers d'un unique coup malheureux. Il est caractérisé, par une phase plus ou moins longue d'inconscience accompagnée par la perte du tonus musculaire, avec altération de la posture et des réflexes profonds. Parmi les divers phénomènes neuro-psychiques, qui accompagnent le « knock out », l'amnésie est celle qui présente le plus grand intérêt. Il en existe plusieurs types. La forme la moins compliquée est celle qui ne dépasse pas la période d'inconscience, c'est-à-dire qui va du moment, où le coup a été reçu jusqu'à celui, où le sujet sort de son évanouissement.

A un degré de plus, on met en évidence l'existence d'une amnésie rétrograde, et parfois antérograde, l'amnésie dépassant alors le temps de la période d'inconscience et envahissant celle pendant laquelle l'apparence d'une activité normale est conservée. Pour Winterstein, et contrairement à l'opinion admise autrefois, de semblables accidents isolés ne sont nullement susceptibles de marquer le début d'une encéphalite traumatique, et n'ont presque jamais de conséquences fâcheuses.

LES TRAUMATISMES ENCÉPHALIQUES MULTIPLES A L'ORIGINE DE SÉQUELLES MENTALES ET NERVEUSES

C'est, en effet, à une série d'innombrables coups portés à la boîte cranienne, et cela pendant des années, qu'il faut imputer l'encéphalite traumatique. Les boxeurs, atteints de cette affection, présentent d'ailleurs presque tous d'importants stigmates de leur profession : fracture du nez, déformation des oreilles en chou-fleur, etc.

Du point de vue neurologique, c'est l'équilibre qui est le premier et le plus sévèrement touché. Le signe de Romberg est souvent positif. La démarche est instable, parfois ataxique. La parole est quelquefois troublée, mal articulée. Fréquents sont les troubles de l'intelligence et ceux de la mémoire portant sur les évènements récents. Il semble que soient plus facilement touchés, à la fin de leur carrière, les hommes résistants, capables de l'emporter, à la fin d'un combat, par leur résistance physique.

Les différents types cliniques de l'encéphalite traumatique sont dus à de multiples petites lésions du cerveau, sans qu'on ait pu, jusqu'à présent, constater de modifications histologiques susceptibles d'expliquer les symptômes cliniques.

Sur des boxeurs, ayant présenté une encéphalite traumatique, et morts peu de temps après un combat, on a surtout observé des altérations portant sur les artères d'un certain calibre, alors que les capillaires sont intacts. Les altérations vasculaires n'existent généralement pas dans la corticalité cérébrale ; elles sont presque constantes au niveau des corps striés, du mésencéphale, de la protubérance annulaire, et, d'une façon un peu moins fréquente, du cervelet. Il peut s'agir d'œdèmes localisés accompagnés de petites hémorragies, ou de grosses hémorragies cérébrales et méningées. Ces hémorragies se calcifient ou subissent une transformation kystique ; des adhérences se constituent parfois et provoquent une gêne dans la circulation du liquide céphalo-rachidien. Pendant le processus de réparation qui succède au traumatisme, des ramollissements et des altérations dégénératives sont susceptibles de se produire, intéressant même les régions voisines des lésions primitives et provoquant des troubles nouveaux, différents de ceux observés après le traumatisme. Ils surviennent quelquefois après une période de latence très longue, en sorte que la relation avec le traumatisme pourrait paraître douteuse, si quelques symptômes particuliers n'étaient mis en évidence pendant la période

(1) Les séquelles mentales des traumatismes crâniens. (*La Presse Médicale*, 4 octobre 1941).

◆◆◆◆◆

intercalaire : vertiges, céphalées, modifications de l'encéphalogramme, symptôme neurologique net.

Les symptômes mentaux consécutifs aux traumatismes craniens sont de deux ordres : les uns succèdent aux lésions organiques du cerveau et aux altérations secondaires, qu'elles peuvent déterminer ; les autres sont des troubles purement émotifs. A remarquer que la constitution mentale de l'intéressé joue un rôle important dans la production d'une grande partie de ces troubles.

A la suite de traumatismes craniens répétés, des périodes de stupeur constituent un symptôme de début, qui disparaît parfois progressivement, à moins d'hémorragies sous-durales ou sous-arachnoïdiennes. Ces dernières donnent pour commencer de l'excitabilité et de l'irritabilité, puis une agitation hypomaniaque, suivie de confusion. On observe ensuite une diminution de l'activité mentale, des périodes de désorientation, de l'amnésie, de la confusion, et finalement de la stupeur.

Il existe aussi un syndrome de neurasthénie traumatique, caractérisé par l'incapacité de faire preuve d'activité physique spontanée, de maintenir une certaine activité mentale, de lire, de déclencher spontanément une conversation.

Chez quelques sujets, présentant une disposition constitutionnelle à l'anxiété, les traumatismes céphaliques sont susceptibles d'aggraver l'état antérieur, de déclencher une crise de dépression. Les manifestations hystériques sont également le résultat d'une disposition préexistante et s'observent chez des sujets de capacité intellectuelle médiocre.

Enfin l'épilepsie et la démence d'origine traumatique constituent des complications tardives importantes.

Le *pronostic* de tous ces troubles mentaux et nerveux dépend des antécédents et de l'existence, ou non, de lésions organiques. La guérison, lorsqu'elle se produit, se fait dans un temps extrêmement variable. Parfois la durée des troubles mentaux est très courte ; parfois, elle persiste des semaines et des mois, variant elle-même dans de fortes proportions.

Dans les cas, où l'on observe de la déficience de la mémoire, de la désorientation, de la fabulation, ou bien encore des formes spéciales de troubles mentaux, fréquemment subsiste, après la disparition complète du syndrome principal, la présence d'une psychasthénie traumatique. Si celle-ci persiste plus de deux ans, elle a tendance à devenir permanente ; elle peut alors être le point de départ d'une aggravation progressive allant jusqu'à la démence. Il en est de même de l'épilepsie traumatique. Les syndromes schizo- et para-phréniques sont beaucoup plus graves, s'ils se développent après une période apparemment normale.

G. Fischer.

PANARIS DIPHTÉRIQUE

La diphtérie cutanée est assez rare, presque exceptionnelle. Dans la plupart des cas, elle résulte d'une inoculation diphtérique de lésions cutanées préexistantes (impétigo, eczéma, plaies, gerçures). Quelquefois, elle est professionnelle et atteint des médecins ou des infirmiers soignant des diphtériques, les doigts constituant le siège d'élection de cette contamination (panaris diphtérique de Han et Revoil).

La symptomatologie comporte : rougeur, œdème, suivis de phlyctène, d'érosion avec ou sans fausse membrane, d'ulcération suintante, assez indolente, s'accompagnant habituellement de lymphangite et d'adénite. Les symptômes généraux sont variables : fébricule ou fièvre à 38°-39°, courbature.

Au doigt, on pense volontiers à un panaris mais la longueur de l'évolution, les douleurs généralement modérées, l'aspect ulcéreux et suintant de la lésion incitent à des recherches bactériologiques. L'examen direct de la sérosité (sous-épidermique, sous-unguéale ou de suintement) peut alors montrer des bacilles de Loeffler et poser le diagnostic de panaris diphtérique.

Le traitement reste celui de la diphtérie pharyngée, la sérothérapie générale. La sérothérapie locale peut aussi être utile. Elle a suffi à procurer la guérison dans deux cas de panaris diphtérique par contamination professionnelle observés par MM. J. Gaté, E. Pollosson et Bondet et relatés par eux à la Société médicale des hôpitaux de Lyon.

P. L.



FORMULAIRE DES MÉDICAMENTS DE REMPLACEMENT

Nous avons exposé, dans un précédent numéro, d'après le rapport de M. le Professeur Goris, l'état de nos approvisionnements pharmaceutiques en novembre 1941 et fait suivre cet exposé d'une liste de produits de remplacement des médicaments actuellement rares ou manquants.

Nous présentons aujourd'hui, à la demande de plusieurs de nos lecteurs, un formulaire succinct des médicaments de remplacement en question.

Laxatifs et purgatifs. — Comme laxatif, au lieu de podophylle et de cascara, employer la bourdaine ; comme purgatif drastique, au lieu de jalap et de scammonée, employer la coloquinte.

Bourdaine. — Peu utilisée en France, la bourdaine l'est beaucoup plus dans la pharmacopée allemande. C'est un laxatif qui ne provoquerait pas de coliques (Patein). La partie médicinale, l'écorce, doit être employée sèche, car à l'état frais, elle renferme un principe émétisant, qui disparaît par la dessiccation et par l'ébullition. Prendre, comme laxatif, 1 à 2 ou 3 grammes de poudre d'écorce sèche de bourdaine, en cachets de 0 gr. 50, le soir en se couchant, ou, préparation préférable encore, 1 à 2 ou 3 grammes d'extrait fluide stabilisé, dans un sirop (sirop simple, de groseille, de cerise). Un gramme d'extrait fluide = XXXVIII gouttes : donc, donner 40 à 100 gouttes dans de l'eau sucrée (chez les enfants 20 à 50 gouttes, ou plus, suivant l'âge — XX gouttes par année d'âge). En Allemagne, on utilise à titre purgatif un décocté (20 minutes d'ébullition) de 20 à 30 grammes d'écorce sèche pour un litre d'eau. Ne pas avoir recours à la macération.

Coloquinte. — La coloquinte est un drastique très énergique ; elle est peu utilisée habituellement en médecine humaine. Sa posologie est la suivante : 0 gr. 10 à 0 gr. 50 de poudre, en cachets ou pilules ; 0 gr. 05 à 0 gr. 25 d'extrait alcoolique, en pilules.

Stomachiques amers. — Gentiane au lieu de colombo, de noix vomique. Posologie de la gentiane : teinture, XXX à L gouttes dans un peu d'eau au début des repas ; macération à 5 gr. pour 1.000 d'eau.

Pansements gastriques. — Kaolin, au lieu de bismuth.

Donner 2 à 10 grammes de kaolin, aromatisé ou non (anis, menthe), en suspension dans l'eau, le matin à jeun comme pour le bismuth.

Antidiarrhéiques. — Salicaire, bistorte, au lieu de tannin, de ratanhia.

Salicaire. — Elle s'emploie, sous forme d'extrait fluide, à la dose de 3 à 4 grammes par jour, chez l'adulte (plus, si nécessaire) et de 0 gr. 50 à 0 gr. 60 par vingt-quatre heures chez le nourrisson.

Bistorte. — Utilisée en décocté (20 p. 1.000) ou en pilules (1 à 4 grammes d'extrait), ou en potion (1 à 4 grammes d'extrait).

Cholagogues. — Romarin, artichaut, pissenlit, au lieu de boldo, de combretum.

Le romarin, stomachique, stimulant, s'emploie en infusion à 15 grammes pour 1.000 grammes d'eau. Le pissenlit, apéritif et diurétique, se prescrit sous forme d'infusé de feuilles (20 grammes pour un litre d'eau), de décocté de racines (20 grammes pour un litre d'eau) ou d'extrait aqueux (1 à 5 grammes). L'artichaut (*cynara Scolymus*), diurétique et cholagogue indiqué dans l'insuffisance hépatique et les troubles biliaires, s'administre en extrait de feuilles : pilules ou pilules dragéifiées contenant 0 gr. 15 d'extrait, 4 à 12 par jour, aux repas.

Expectorants. — Lierre terrestre, aunée, marrube, au lieu de polygala.

Le lierre terrestre est une plante béchique, utilisée en infusion (10 grammes pour 1.000) ou en sirop (30 à 60 grammes). Le marrube blanc est un expectorant (infusion de 2 à 6 grammes de feuilles et de sommités fleuries). La racine d'aunée se prescrit en extrait (0 gr. 50 à 4 grammes), en poudre, en teinture (5 à 10 grammes). Le camphre d'aunée (ou hélénine) a été préconisé autrefois contre la tuberculose.

Sédatifs généraux et de la toux. — Narcéine au lieu de codéine.

La narcéine, extraite de l'opium, est un sédatif général et particulièrement de la toux comme la codéine. Toxique du tableau A, elle s'administre à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 10 par 24 heures, en pilules ou sirop.

Pilules de narcéine :

Narcéine	0 gr. 50
Acide tartrique	0 gr. 20
Poudre de guimauve............	1 gramme
Extrait de chiendent..........	Q. S.

pour 25 pilules contenant chacune 2 centigr. Deux à quatre par jour.

Sirop du Codex :

Narcéine	0 gr. 25
Acide chlorhydrique pur	0 gr. 25
Alcool à 90°	7 grammes
Sirop de sucre	240 grammes

Chaque cuillerée à bouche contient 0 gr. 02 de narcéine.

Chez l'enfant, Marfan et Le Gendre donnent la posologie suivante :

De 1 à 2 ans	abstention
De 3 à 5 ans	0 gr. 01 à 0 gr. 02 *pro die*
De 5 à 10 ans	0 gr. 01 à 0 gr. 05 *pro die*

Le chlorhydrate d'éthylnarcéine (narcyl) se formule en pilules ou potion (il est soluble par addition de benzoate ou de citrate de soude) à la dose de 0 gr. 02 à 0 gr. 10 chez l'adulte, et en potion, aux doses de la narcéine, chez l'enfant.

Toni-cardiaques. — Spartéine, muguet, adonis, digitaline, au lieu de caféine, de strophantus.

ADONIS (Adonis vernalis).

Infusion d'adonis :

Adonis	4 à 8 grammes
Eau	180 à 200 grammes

Par cuillerée à soupe toutes les deux heures. (BURNOW).

Teinture d'adonis : de 2 à 5 grammes, par doses croissantes.

Hypotenseurs. — Gui, ail, acétylcholine.

GUI. Pharmacologie et posologie : poudre de feuilles et de tiges non ligneuses, 1 gramme à 1 gr. 50 par 24 heures, en pilules, en cachets. Extrait aqueux, 0 gr. 10 à 0 gr. 25, en potion.

AIL. — Teinture d'ail, XX à XL gouttes, additionnée d'essence d'anis.

ACÉTYLCHOLINE. — Posologie dans les accidents de l'hypertension : 0 gr. 10, en injection sous-cutanée ou intra-musculaire, répétée deux fois par jour au besoin.

Vaso-constricteurs. — Cupressus, marron d'Inde, au lieu d'hamamélis, d'hydrastis.

Le CUPRESSUS contient des tannins du groupe de ceux de l'hamamélis. Pharmacologie et doses : 2 à 5 grammes d'extrait fluide, par prises de XXX gouttes, renouvelées 5 ou 6 fois dans la journée.

MARRON D'INDE. — Teinture alcoolique à 1/5e, X à XV gouttes avant les repas, ou alcoolature stabilisée du Codex, mêmes doses.

Diurétiques. — Baies de genièvre, uva-ursi, scille, au lieu de buchu, de théobromine.

BAIES DE GENIÈVRE (fruits de génévrier). Pharmacologie et posologie : infusé, 20 grammes pour 1.000 d'eau ; extrait aqueux, 2 à 5 grammes.

UVA URSI (Busserole) : infusé, 10 à 30 p. 1.000 ; poudre 1 à 5 grammes.

SCILLE. Posologie : poudre, 0,10 à 0 gr. 80, en cachets ou pilules ; teinture alcoolique à 1/5, 2 à 4 grammes, en potion ou sirop ; oxymel scillitique, 5 à 40 grammes, en potion. Chez l'enfant, de 1 à 10 ans, teinture IV à XL gouttes.

Sédatifs utérins. — Séneçon, au lieu de viburnum, de piscidia.

SENEÇON (racines). Posologie : extrait fluide, 0 gr. 25 à 2 grammes par jour, par doses fractionnées et progressives, en potion ou sirop, ou LX à C gouttes, par XX gouttes.

Antiseptiques locaux. — Sulfate d'orthoxyquinoléine ou oxymercuridibromofluorescéine (mercurochrome), au lieu de teinture d'iode.

La solution alcoolique d'ORTHOXYQUINOLÉINE (sunalcol : solution alcool-cétonique de chlorhydrate d'oxyquinoléine à 2 p. 100) est un antiseptique pénétrant, non irritant ; elle s'applique comme la teinture d'iode. Le solvant est un mélange de 90 grammes d'alcool à 95° et de 10 grammes d'acétone.

La solution hydro-alcoolique à 1 ou 2 % de MERCUROCHROME s'utilise de la même façon, en attouchements ou badigeonnages sur le revêtement cutané et ses lésions que l'on désire désinfecter.

La solution normale d'orthoxyquinoléine est incolore. Celle de mercuro-chrome est de teinte rouge.

Dépuratif. — Saponaire au lieu de salsepareille. SAPONAIRE. Posologie : sirop, de 20 à 60 grammes ; décocté de racine, 20 à 30 p. 1.000 ; infusion de feuilles, 10 à 30 p. 1.000.

Galactogogues. — Galéga, fenouil.

GALÉGA. Pharmacologie et doses : infusé de feuilles à 20 p. 1.000 ; extrait aqueux, 1 à 4 grammes en pilules ou potion.

Sirop de galéga :

Extrait de galéga	25 grammes
Sirop simple	500 grammes

4 à 5 cuillerées par jour (CARRON DE LA CARRIERE).

FENOUIL. — Posologie : infusion à 10 p. 1.000 ; teinture, 1 à 5 grammes.

P. LACROIX.

○ ○ ○

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Avitaminose A due à la suppression prématurée du lait chez le nourrisson

L'héméralopie et la xérophtalmie constituent un syndrome classique, qui est le témoin indiscutable de l'avitaminose A. Facile à mettre en évidence chez l'adulte et chez l'adolescent, l'héméralopie est pratiquement impossible à déceler chez le nourrisson. Aussi MM. Léon TIXIER, MONBRUN et L. VILLEY n'ont-ils en vue que la xérophtalmie dans leur travail.

Chez le nourrisson privé de lait complet, l'avitaminose A se traduit, en effet, par des manifestations les plus diverses, qui n'ont rien de caractéristique. Elles ne sont donc pas toujours rattachées à leur véritable cause, et l'avitaminose méconnue évolue fatalement vers la mort. Seuls les accidents oculaires sont pathognomoniques. C'est le xérosis et la kératomalacie, dont l'ensemble constitue la xérophtalmie.

Du point de vue clinique, au début, il n'y a pas autre chose que du xérosis conjonctival. La conjonctive bulbaire paraît sèche, comme parcheminée. Cet état peut passer inaperçu, car il n'y a pas de réaction inflammatoire : rougeur, larmoiement, photophobie. Celle-ci ne survient qu'au moment d'une infection secondaire plus ou moins banale de la conjonctive. Puis l'épithélium cornéen est atteint à son tour, mais sans grande photophobie, car, dans la kératomalacie (trouble trophique), la cornée est insensible, l'ulcération de l'épithélium gagne en profondeur et la cornée s'opacifie sur une large étendue. Le diagnostic de la xérophtalmie est souvent difficile ; mais c'est son allure torpide, qui doit guider et l'interrogatoire le confirmera aisément en établissant que le nourrisson est soumis à un régime carencé. La xérophtalmie est toujours bilatérale. Le lait non écrémé, le beurre, le foie et l'huile de foie de morue sont les meilleurs aliments à prescrire. (*Revue Médicale française*, septembre 1941).

A propos des sarcomes du corps utérin

Il est classique d'opposer le sarcome du col et le sarcome du corps utérin, celui-ci étant beaucoup plus fréquent. C'est à ce dernier que MM. BOUDREAUX et DEBOUVRY limitent leur étude. Malgré certaines opinions, le sarcome ne se développe pas souvent aux dépens d'un fibromyome pré-existant ; cependant il est plus prudent d'instituer un traitement radical et un examen histologique systématique des fibromes utérins. Dans plus de 60 % des cas, le sarcome utérin apparaît au voisinage de la ménopause.

Pour ce qui est du procédé opératoire, l'hystérectomie subtotale, pratiquée le plus souvent par méconnaissance de la véritable nature de la tumeur, compte bien des succès à son actif. Mais si l'on a un doute sur la nature d'une tumeur utérine, à plus forte raison si l'on croit devoir poser le diagnostic de sarcome, l'hystérectomie totale est, sans conteste, préférable sous réserve que les conditions d'extension locale de la tumeur rendent l'acte chirurgical possible. Mieux vaut certainement abandonner au traitement par les radiations des malades atteintes de sarcomatose pelvienne, d'extension au péritoine et aux viscères voisins, plutôt que de vouloir pratiquer une exérèse, qui sera certainement meurtrière et pour le moins inutile, les radiations donnant, à moins de frais, dans des cas avancés, des résultats supérieurs, quoique bien modestes en général. Cependant le traitement isolé par les radiations ne peut, d'une manière habituelle, être opposé à l'acte chirurgical, la radiothérapie étant préférable à la curiethérapie. (*Revue de chirurgie*, avril-juin 1941).

Les infections des diabétiques et l'alimentation hydrocarbonée

Le diabétique est prédisposé aux infections et ceci résultait, disait-on, d'une augmentation de la teneur en sucre des liquides de l'organisme, qui constituaient ainsi un excellent milieu de culture pour les bactéries. Mais il a été établi par la suite que, dans le diabète, l'oxydation du sucre était considérablement ralentie et qu'il en résultait un manque en hydrates de carbone pour les cellules elles-mêmes. Le Docteur WOHLENBERG, en conséquence, n'a pu que se louer d'administrer des hydrates de carbone aux diabétiques, dont il a augmenté ainsi la force musculaire et la résistance générale aux infections par un apport de glycogène aux cellules : diverses infections cutanées se sont trouvées améliorées dans ces conditions, ainsi qu'une tuberculose au début ; des tuberculoses graves ou avancées n'ont cependant pas été soumises à ce traitement. Celui-ci ne peut d'ailleurs être institué que sous la protection d'une cure d'insuline. (*Munch. Med. Wochensch.*, 8 août 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur le mécanisme d'ouverture de la symphyse pubienne en fin de grossesse chez le cobaye

(M. R. COURRIER ; 21-10-1941)

Il existe chez la femme enceinte un relâchement plus ou moins accentué de la symphyse pubienne et de l'articulation sacro-iliaque. Des faits analogues ont été observés chez le singe et chez la vache. Mais c'est surtout chez le cobaye et la souris que le processus est particulièrement accusé.

Pour Hislaw, le relâchement serait dû, chez le cobaye, à une hormone spéciale : la *relaxine*. M. Courrier a montré, en 1930, que l'on pouvait obtenir la même laxité pubienne au moyen de la folliculine seule. Il a repris récemment cette étude et il a obtenu chez le cobaye, le processus de relâchement en question avec les deux hormones ovariennes (folliculine, progestérone), en particulier à action combinée.

Sur la valeur économique et sanitaire des serpents

(Mme PHISALIX ; 28-10-1941)

Les serpents sont de grands destructeurs de rongeurs, utilité économique qu'ils partagent avec les oiseaux rapaces. En France, le régime des vipères est surtout constitué par de petits rongeurs, mulots, souris. La couleuvre de Montpellier fait une chasse active aux rats. Or, on connaît l'importance agricole et sanitaire de la lutte contre ces rongeurs.

La chair des serpents, d'autre part, est comestible, et quiconque a mangé de l'anguille peut manger du serpent. En tous temps, en France, les chasseurs de serpents ont mangé de la vipère sous le nom d'anguille de montagne et des couleuvres sous celui d'anguille de buisson.

La fréquence actuelle des granulies

(MM. Noël FIESSINGER, R. LEROUX et FAUVET ; 28-10-1941)

Plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur la gravité que présente actuellement la tuberculose pulmonaire et ont insisté sur la fréquence des pneumonies caséeuses et des formes graves. M. Fiessinger apporte le relevé des cas de granulie constatés à la clinique de l'Hôtel-Dieu pendant le 1er semestre 1941.

Alors que, naguère encore, cette maladie était rare (un seul décès, dans le même service, pendant le 1er semestre 1939 ; pas de cas pendant le 1er semestre 1938), il y a eu onze décès par granulie du 1er janvier au 1er juillet 1941, concernant des sujets de 20 à 60 ans. Le tableau clinique a été très variable, souvent trompeur, le diagnostic n'ayant plusieurs fois été établi qu'à l'autopsie.

Deux facteurs peuvent être invoqués pour expliquer cette multiplication de granulies : des contagions massives par promiscuité plus grande avec des tuberculeux dans les conditions de vie présentes, et la déficience du terrain par hypo-alimentation.

A une demande de M. BEZANÇON, M. Noël Fiessinger répond qu'il s'est agi non de primo-infections, mais de réinfections ou d'activation d'une lésion ancienne.

Action du thé noir et du thé vert en décoction ou en infusion

(M. Edmond SERGENT ; 28-10-1941)

En 1927, M. Dinguizhi a signalé les méfaits du théisme en Tunisie où les indigènes emploient souvent le thé en décoction, au lieu d'infusion.

M. Ed. Sergent a fait sur cette question une étude expérimentale chez le cobaye. Elle a montré que pour cet animal le thé noir est plus toxique que le thé vert et que la décoction est plus toxique que l'infusion. Les observations médicales sont également concordantes pour affirmer la nocivité de la décoction de thé noir (préparation à la tripolitaine répandue en Tunisie) et l'innocuité de l'infusion de thé vert (préparation à la marocaine), employée au Maroc et dans le département d'Oran, en Algérie.

Les eczémas professionnels microbiens

(M. A. SÉZARY ; 4-11-1941)

A côté des eczémas professionnels dus à l'action directe de produits chimiques sur la peau, il en est d'autres qui relèvent de l'intervention d'agents microbiens exaltés dans leur virulence par le contact des substances manipulées. De tels eczémas sont actuellement bien connus : ce sont les intertrigos, dont Sabouraud avait montré l'origine streptococcique, les eczémas consécutifs aux blessures de guerre (Brocq et Desaux, Gougerot), les érythrodermies streptococciques (Milian).

Ces eczémas professionnels microbiens sont rebelles aux topiques simples qui guérissent les eczémas professionnels chimiques dès qu'on suspend le travail. Ils disparaissent, au contraire, si on les traite par des topiques anti-microbiens.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

Points de vue

❖ ❖

O FORTUNATOS NIMIUM......

Cette désertion des campagnes contre laquelle depuis quelques mois seulement, et bien tardivement, nous commençons de réagir, est-elle donc une tare fatale des sociétés dès que ne les aiguillonnent plus les besoins primitifs et le souci de se défendre ? On le croirait si l'on remarque que l'exclamation de Virgile, ressassée depuis le Ier siècle de notre ère par tant de générations de potaches, a repris depuis quelques années une indéniable actualité ; traduit au goût du jour ce vers latin ferait un parfait slogan à la propagande qui cherche à retenir les paysans sur leurs terres.

L'on a tout dit pour expliquer l'irrésistible migration, sur les attraits plus ou moins frelatés des villes, sur la vie plus large qu'y trouvent les hommes vivant du travail de leurs mains, sur le contraste qui oppose les trottoirs asphaltés aux chemins boueux, les appartements pourvus de lumière électrique aux chaumières éclairées de pauvres lumignons, la tiède ambiance des grosses agglomérations aux hameaux solitaires gifflés par la pluie et le vent ; l'on a décrit avec horreur la saleté bestiale de certains logis ruraux, avec pitié le travail sans relâche des fermiers.

Et tout cela est vrai, du moins de certaines campagnes. La vie est rude dans les bourgades des Alpes ou du Massif Central où ne mènent que des routes précaires souvent coupées par les neiges. Elle l'est aussi dans les îles du littoral breton que la tempête assaille et isole du continent quelquefois pendant des semaines. Elle l'est encore partout où une terre pauvre paye chichement les hommes qui la cultivent de leurs peines. Ces montagnards, ces pêcheurs, ces laboureurs déshérités, accoutumés à une vie dont chaque minute est une conquête sur les éléments, à donner largement pour recevoir peu, on s'explique que, venus dans les villes, ils s'ébahissent de leur vie facile. Devenus ouvriers d'usine ils ramassent plus d'argent en une paye de huit jours qu'ils n'en arrachaient à la terre en un mois. Accoutumés par force à modeler leurs goûts alimentaires sur le rapport de leurs jardins ils admirent la variété sans cesse renouvelée des légumes et des fruits aux éventaires des fruitiers. La viande était rare, la voici quotidienne. Le pain était dur et gris, il est blanc, frais et croustillant. Leur seul lieu de plaisir était, s'il y en avait un, l'auberge aux quinquets fumeux, qui débitait son gros vin ou son cidre. Entre cent cafés et bars affriolants, entre des dizaines de breuvages offerts ils n'ont plus que l'embarras du choix. Et, bien entendu, il y a en plus les cinémas qui pullulent et rivalisent de clinquant.

Les nouveaux venus à la ville n'en croient pas leurs yeux et considèrent comme des demi-dieux les « pays » déjà établis dans cet Eldorado et en possession de ces biens enivrants. Avec le besoin qu'ont les hommes d'étaler leur bonheur et de se recruter des envieux ceux-ci ne manquent pas de forcer encore la note et de jouer aux pachas.

Et voici de nouvelles recrues toutes prêtes, à la première occasion, à renier les ancêtres et à venir se fondre avec orgueil dans la cohue des grandes cités.

Au fond, rien de plus naturel. Toutes les bêtes de la terre se prennent avec des appâts. Il faut l'expérience des vieux rats expérimentés ou l'intelligence des éléphants pour éventer le piège et discerner la menace lointaine sous la promesse immédiate. Bien des hommes n'ont pas ce genre de pénétration et donnent tête baissée dans les plus grossiers artifices. Et quand je dis bien des hommes, c'est en y comprenant, cela va sans dire, bien des femmes.

***

La vie des citadins est plus large et plus facile va-t-on répétant, comme on répète beaucoup de lieux communs, sans prendre la peine d'examiner si cette vérité devenue banale ne cache pas un gros mensonge.

Pour qu'elle soit large et facile, il faut d'abord, cette vie, la gagner, et durement. Je ne parle pas des aventuriers et des balladins qui râflent l'argent en ne donnant en échange que de l'esbrouffe. Les villes ont leurs écumeurs, les campagnes leurs voleurs de grands chemins.

Un moissonneur, un gars de batterie, un bûcheron peuvent prétendre que leur travail leur coûte plus de sueur qu'à un ouvrier d'usine

ou à un employé de bureau. Et après ? C'est le sort séculaire des hommes d'arroser leur tâche de sueur, et ceux qui se sont affranchis de cette nécessité le regrettent. Au point que ne pouvant transpirer en travaillant ils se livrent aux sports et transpirent alors exactement pour rien ; c'est-à-dire qu'ils prennent du labeur la peine et en refusent le profit. Le bûcheron, lui, n'en est pas encore réduit là.

Il n'en est pas non plus encore à payer pour vivre le prix qu'y mettent l'ouvrier d'usine ou l'employé de bureau : chaque jour un peu de leur chair et un peu de leur sang. N'est-ce pas cela chez les travailleurs du benzol, des peintures cellulosiques, du phosphore, du plomb ? N'est-ce pas la commission prélevée sur les mineurs, les chauffeurs de hauts-fourneaux, les miroitiers, combien d'autres ? Car l'industrie n'entretient et ne fait vivre des millions d'hommes que pour en dévorer chaque année quelque dizaines de milliers. Quant aux bureaux ils mettent leurs esclaves en veilleuse, leur mesurant l'air et le jour ; ils les dégradent lentement. La vie d'un employé de commerce ou d'administration, la vie d'une vendeuse de grand magasin est un ralenti de toutes les fonctions vitales, un ralenti qui use parce qu'aucun organe ne marche à son rythme et que le dérèglement de chacun ne fait pas que s'ajouter à celui des autres, mais qu'il se multiplie en fonction d'eux.

Cela tous nos traités d'hygiène et de médecine l'expliquent avec force statistiques. C'est donc à nous d'en transmettre le grave avertissement à ceux qui se laissent séduire par les fausses délices des soi-disant Capoues. A nous de leur dénombrer les multitudes que les villes rejettent sans cesse comme des oranges pressées et qui tentent de récupérer aux champs un peu de santé. A nous de leur montrer autour d'eux des exemples de paysans partis à la ville en pleine force et qui en reviennent juste pour mourir.

C'est aussi à nous, car nous ne devons plus, en ces jours graves, nous cantonner aux choses de la médecine, de leur décrire les files de chômeurs attendant l'allocation, les interminables queues à la porte des boutiques d'alimentation ; nous devons leur dire que là ce n'est plus désormais ni l'abondance, ni la variété, et que les gens des villes, s'ils passaient devant leurs seuils de campagnards, humeraient avec envie, comme des gueux aux soupiraux des restaurants, les fumets de la potée aux choux ou du lapin en gibelotte.

La campagne, aujourd'hui, peut prendre en pitié la grande ville. Elle s'en rend compte j'imagine, car la misère des citadins est assez patente. Mais retiendra-t-elle la leçon ? Comprendra-t-elle que le mot d'ordre du gouvernement : Retour à la terre, ce n'est pas la défaite militaire qui l'a dicté ni quelque souci d'ordre politique ; mais que c'est un cri de ralliement et de sauvegarde, quelque chose comme l'ordre « Les canots à la mer », lorsque le bâtiment donne de la bande.

Tout cela, nous, corporation sanitaire de la race, nous devons nous en persuader nous-mêmes et en persuader la race, afin qu'elle vive.

***

Nous en persuader nous-mêmes, d'abord. Car l'on ne peut honnêtement et efficacement prêcher que si, d'abord, on a conquis la foi.

Or, jusqu'à ces derniers mois, les médecins n'étaient pas les moins ardents à accourir dans les villes. Ils en connaissaient les dangers et les auraient énumérés sans faute. Mais combien, l'exposé doctrinal terminé, en tiraient une leçon personnelle ? J'ai peut-être connu deux ou trois jeunes médecins qui, pouvant s'établir à Paris et ayant, par leurs titres ou leurs relations, des chances d'y réussir, s'en sont éloignés de propos délibéré pour aller faire de la médecine rurale. Il fallait pour cela du caractère, car les maîtres, les parents, les camarades considéraient presque toujours ce geste comme une inexplicable fantaisie. Bien plus souvent j'ai rencontré des jeunes gens qui, avec des raisons sérieuses, de santé par exemple, d'aller à la campagne, se cramponnaient à la puérile vanité de voir leur nom dans l'annuaire de Paris. Ils y goûtent aujourd'hui des jours assez moroses et l'appréhension que demain ne fasse encore regretter aujourd'hui.

La vie de médecin de campagne n'est certainement pas drôle tous les jours ; souvent il m'est arrivé ici même de dire à la fois l'admiration et l'appréhension qu'elle m'inspire. Mais pour qui peut en soutenir le train elle doit avoir de grands charmes.

Et il se trouve, parmi nos confrères ruraux, de véritables sages qui, plus heureux que les laboureurs de Virgile, connaissent leur bonheur puisque leurs lettres l'expriment, et le savourent.

Jeunes médecins, que cette époque où les villes sont plus hostiles que jamais à l'homme vous inspire de réfléchir avant de fixer votre choix d'un poste. Tout ce qui est humain vit aujourd'hui dans l'imprévisible. Seules la terre et les saisons se rient de nos conceptions politiques.

G. LAVALÉE.

❋ ❋ ❋

INFORMATIONS JUDICIAIRES

❖ ❖ ❖

LA RESPONSABILITÉ DU CHIRURGIEN ET L'ANESTHÉSIE LOCALE

La Cour d'appel de Paris a rendu à la date du 8 octobre 1941, un arrêt que nous voulons commenter pour nos lecteurs. Il marque un redressement dans certaine tendance des tribunaux à retenir trop souvent la responsabilité médicale, dans les procès soumis à leur appréciation.

Les faits

Le Docteur S., effectue à la Clinique L..., sur le sieur M., une laparotomie exploratrice pour situer l'importance d'une tumeur intra-abdominale. Désirant éviter au malade, déjà amaigri et asthénique, les fatigues consécutives à une anesthésie générale, le Docteur S. décide de pratiquer une anesthésie locale par injection de novocaïne. Par suite d'une erreur des services de la pharmacie de la Clinique, l'infirmier de la salle d'opération qui assiste le Dr S. présente à celui-ci, non pas de la novocaïne pure, mais une solution de formol que le Dr S. injecte. Cette injection n'ayant bien entendu pas entraîné l'anesthésie locale désirée, le Docteur S. doit alors recourir à l'anesthésie générale du malade dont l'état s'aggrave rapidement et qui décède quelques heures après l'intervention.

Les héritiers de M. M. poursuivent solidairement en dommages-intérêts, la Clinique L. et le Dr S. Un jugement du Tribunal civil de la Seine du 27 juin 1939 a déclaré solidairement responsables la Clinique L. et le Dr S. Sur appel de celui-ci, la Cour a rendu un arrêt confirmant le jugement en ce qui a trait à la Clinique, dont la responsabilité est évidemment engagée par l'erreur de son préposé, mais mettant hors de cause le Dr S. Pour quels motifs ?

Elle considère que « la *responsabilité du chirurgien ne se trouve engagée que si une faute est établie à son encontre ; que les soins donnés par le Docteur S... à son client ont été consciencieux, attentifs et conformes aux données acquises de la science ; qu'il ne résulte nullement des éléments de la cause que ce praticien ait personnellement commis une faute quelconque* ». Si les premiers juges ont estimé que le chirurgien avait commis une négligence en ne vérifiant pas la composition du liquide qu'il allait injecter, il convient de noter que « *l'erreur commise est imputable non au Docteur S., mais bien au personnel de la Clinique, que la solution de formol présentée au chirurgien, contrairement à ses instructions formelles, était renfermée dans un flacon identique à ceux contenant généralement de la novocaïne pure, normalement bouché et étiqueté ; que le masque que portait le Docteur S. pendant l'opération ne lui permettait pas, au cours des préparatifs rapides de l'injection, de percevoir l'odeur de la solution* ».

Et la Cour d'appel proclame ensuite un principe dont il convient de prendre acte soigneusement : « *L'on ne saurait exiger du chirurgien, dit-elle, qu'il contrôlât par lui-même la composition chimique des médicaments fournis par un pharmacien ou par les services pharmaceutiques d'une maison de santé, alors que ses soupçons ne pouvaient être éveillés ni par la présentation, ni par la couleur ou l'aspect du produit* ».

Enfin, la Cour admet, comme le soutenaient les héritiers M., que « *s'il est d'habitude courante que le praticien ait recours à l'aide d'infirmières aussi bien au cours d'une opération que dans la période qui la précède, il ne peut agir ainsi qu'à ses risques et périls, alors qu'il lui incombe de donner à ses collaborateurs, les instructions nécessaires et d'en surveiller l'exécution* ».

Mais elle refuse toutefois de conclure, même par ce biais, à la responsabilité du chirurgien « *parce qu'aucune faute personnelle n'est établie à l'encontre de l'infirmière qui a présenté au Docteur S... la solution de formol...* »

Commentaires

Cette décision évoque un arrêt de la Cour d'appel de Paris rendu en 1937, par lequel un pharmacien et son préparateur, un médecin traitant et son aide habituelle, infirmière non diplômée, ont été condamnés pénalement et civilement.

Le médecin avait prescrit à un malade une injection de sérum antitétanique, laissant le soin à son infirmière de la pratiquer. Celle-ci, au moment de faire la piqûre, constate que le flacon qui a été délivré par le préparateur du pharmacien contient non du sérum antitétanique, mais du sérum antidiphtérique. Elle fait néanmoins la piqûre sans en parler au médecin. Cinq ou six jours plus tard, celui-ci constate des symptômes tétaniques, prescrit d'urgence quatre flacons de sérum antitétanique. Mais la mort survient en deux jours.

Pour retenir la responsabilité partielle du médecin, la Cour de Paris avait déclaré « *qu'une piqûre antitétanique doit être faite par une personne compétente et qualifiée ; que, si on peut excuser le médecin de n'avoir pas effectué lui-même la piqûre, il n'en avait pas moins le devoir de se rendre compte, lors de la visite suivante, du sérum employé ; qu'en se bornant à formuler une ordonnance et en se libérant complètement du soin de surveiller l'application de ses prescriptions, il avait commis une imprudence.* »

La Cour avait donc sanctionné un défaut de contrôle postérieur aux soins.

Dans ce cas comme dans celui qui nous occupe aujourd'hui, même erreur dans la préparation du produit imputable à une personne autre que le médecin. Ce qui diffère, c'est la qualité de la personne qui a administré le produit : dans l'espèce actuelle, le médecin s'est acquitté lui-même de cette tâche. Mais la Cour n'aurait-elle pas pu sanctionner une absence de contrôle préventif par le médecin ? Celui-ci n'aurait-il pas dû s'a-

percevoir de la substitution du produit ? Le formol n'a-t-il pas une odeur suffisamment pénétrante et caractéristique pour attirer brutalement l'attention d'un chirurgien précautionneux ? Non, a dit la Cour, car le masque opératoire empêchait celui-ci d'en percevoir l'odeur. La présentation, la nature ou l'aspect du produit, ne pouvant éveiller ses soupçons, seul le contrôle chimique pouvait permettre au chirurgien de se rendre compte de l'erreur commise. On ne peut songer à imposer une telle besogne à un chirurgien avant une anesthésie. La Cour, plus libérale que dans son arrêt de 1937, a donc adopté une solution tenant compte des nécessités de la pratique chirurgicale.

L'arrêt du 8 octobre 1941 est également intéressant parce qu'il met en jeu des principes très différents de ceux qui ont inspiré la jurisprudence bien connue sous le nom d'« affaires des bouillottes ».

Lorsque des opérés, mal surveillés par les infirmières d'une clinique, et atteints de brûlures provoquées par des bouillottes placées dans leur lit pendant le sommeil narcotique qui les empêchait de réagir, ont intenté une action en dommages intérêts, les tribunaux, jusqu'à présent, ont toujours retenu la responsabilité du chirurgien qui a effectué l'opération, quelquefois à l'exclusion de la responsabilité du directeur de la clinique. (Cour d'appel de Paris, 4 juillet 1932 ; Cour de Pau, 13 décembre 1937 ; Cour de Bourges, 2 février 1938). Ces sentences reposent toutes sur le motif que la surveillance à exercer par un praticien sur une personne qu'il vient d'opérer doit s'étendre à la période de temps particulièrement délicate qui est comprise entre la fin de l'opération et le réveil du malade. S'il est d'usage que les praticiens se reposent sur leurs infirmières *pour les soins post-opératoires*, ils ne peuvent agir ainsi qu'à leurs risques et périls.

Si, dans l'espèce actuelle, des principes similaires avaient guidé la Cour de Paris, elle aurait pu dire que la surveillance personnelle du chirurgien aurait dû s'exercer *dès la période préopératoire* et qu'en conséquence, opérant dans une clinique dont il n'était pas propriétaire, il avait l'obligation de s'assurer, avant tout commencement d'intervention, que tout était en règle dans les accessoires dont il devait se servir. Ceci l'aurait conduit à vérifier, avant de revêtir le masque, la nature exacte de l'anesthésique.

Tel n'a pas été le raisonnement de la Cour de Paris. Il convenait de le relever, et, au nom des médecins, de s'en féliciter.

Dernière observation, et qui nous amènera à conclure, en élevant un peu le débat. La Cour a refusé de reconnaître à la charge de l'infirmière aucune faute qui eût indirectement engagé la responsabilité du chirurgien. C'est un fait.

Mais est il interdit de penser que cette infirmière devait être bien inexpérimentée ou distraite pour n'avoir pas senti, elle, l'odeur de formol que le masque opératoire empêchait le chirurgien de percevoir ? Pareille méprise eût-elle pu être commise si, au lieu ou en plus d'une infirmière, un médecin se fût trouvé dans la salle d'opération ?

Plus que jamais donc, croyons-nous, les chirurgiens agiront prudemment en recourant à l'aide opératoire d'un docteur en médecine et surtout en confiant l'anesthésie, notamment l'anesthésie générale, à un médecin. Sans doute, la jurisprudence et la pratique médicale sont d'accord jusqu'à présent pour admettre que le rôle d'anesthésiste peut être joué par une simple infirmière.

Mais combien de temps encore, cette tolérance subsistera-t-elle ? Pendant l'anesthésie, l'opéré doit être l'objet d'une surveillance attentive dont souvent le chirurgien qui opère ne peut s'acquitter avec toute l'attention voulue. D'aucuns ne prétendent-ils même pas que l'anesthésie devrait être une véritable spécialité, car elle nécessite des connaissances et une discipline très particulières ?

Certains vieux projets de lois ne dorment-ils pas dans des cartons, qui tendraient à faire réserver l'anesthésie aux seuls médecins ? Une évolution très nette se dessine en ce moment dans les esprits. La thèse soutenue par notre éminent avocat au Conseil d'Etat dans l'étude que nous publions ci-après, en est un signe non négligeable. La prudence commanderait donc aux chirurgiens d'anticiper sur les textes de lois. La prudence... et aussi la bonne confraternité puisque dans bien des cas, depuis la suppression de la dichotomie, confier au médecin traitant le soin de donner l'anesthésie sera le seul moyen de lui réserver une rémunération équitable.

Pierre DOURIEZ.

LES CHIRURGIENS-DENTISTES PEUVENT-ILS PRATIQUER DES ANESTHÉSIES GÉNÉRALES ?

Dans un récent article de Me Bernard Auger, avocat aux Conseils, relatif à l'application de la loi du 26 mai 1941 sur l'exercice de la médecine, notre éminent collaborateur avait été incidemment amené à rechercher le sens de l'art. 32 de la loi du 30 novembre 1892 concernant les droits des chirurgiens-dentistes en matière d'anesthésie. Il avait donné à l'interdiction pour les praticiens de l'art dentaire d'user de l'anesthésie générale en l'absence d'un médecin une portée générale et permanente qui a causé une certaine émotion dans les milieux dentaires. Dans leur esprit, en effet, l'art. 32 aurait une portée beaucoup plus restreinte et ne viserait que les chirurgiens-dentistes non diplômés mais patentés au 1er janvier 1892 autorisés à continuer l'exercice de leur art en vertu des dispositions transitoires de la loi du 30 novembre 1892.

Nous avons donc reçu du Président de la Confédération nationale des Syndicats dentaires, M. Billoret (membre de la section dentaire du Conseil supérieur de l'Ordre), la lettre suivante, que nous croyons devoir publier, avec la réponse que lui a donnée Me Auger, afin de mettre sous les yeux de nos lecteurs tous les éléments de la controverse qui s'est ainsi instituée.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le *Concours médical* a publié dans le n° 48 du 30 novembre 1941, sous la signature de Me Bernard Auger, avocat à la Cour de Cassation, un article intitulé : « La loi du 16 août 1940 est-elle rétroactive ? »

Je n'ai pas qualité pour formuler sur la question débattue une opinion et ce n'est d'ailleurs pas mon intention. Cependant, j'ai lu à la page 2109, première colonne, la phrase suivante :

« Sans doute, la loi de 1941 a cru devoir néan-
« moins, modifier un alinéa de l'article 32 de cette
« loi, ce qui eût été bien inutile, si ce texte n'eût régi
« que les très rares dentistes patentés au 1er janvier
« 1892 qui peuvent encore exercer à l'heure actuelle.
« Mais, c'est que, par une fâcheuse rencontre, cet
« article 32, fourvoyé dans un titre consacré aux
« mesures transitoires, contient une disposition per-
« manente ; celle qui interdit aux chirurgiens-dentis-
« tes, *en général*, d'user de l'anesthésie sans le con-
« cours d'un médecin, sous des peines correction-
« nelles, *et c'est précisément, et uniquement, cette dis-*
« *position permanente que la nouvelle loi est venue ren-*
« *forcer.* L'argument manque donc de base ».

En d'autres termes, il serait interdit par l'article 32 de la loi du 30 novembre 1892 aux chirurgiens-dentistes en général, c'est-à-dire aussi bien à ceux qui sont titulaires du diplôme de chirurgien-dentiste qu'à ceux qui n'exercent qu'au bénéfice de mesures transitoires « d'user de l'anesthésie sans le concours d'un médecin sous des peines correctionnelles. »

Je pense que l'opinion exprimée par Me Bernard Auger qu'il est interdit aux chirurgiens-dentistes en général d'user de l'anesthésie ne vaut qu'en ce qui concerne l'anesthésie générale.

Mais, dans cette mesure encore, cette opinion me paraît insoutenable : en effet, elle est contraire à la lettre de l'article 32 précité qui ne s'applique expressément qu'aux dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1892, c'est-à-dire aux dentistes non diplômés.

Elle est contraire, d'autre part, aux travaux préparatoires de la loi et notamment aux déclarations faites au Sénat par le Professeur Brouardel, commissaire du Gouvernement.

Elle est contraire à la doctrine : M. le Professeur Perraut enseigne, en effet, que le droit à l'anesthésie est implicitement reconnu aux chirurgiens-dentistes (Vade-mecum juridique du chirurgien-dentiste 1925 page 31).

Elle est contraire, enfin, à la jurisprudence, qui reconnaît le droit aux chirurgiens-dentistes de pratiquer l'anesthésie générale sans l'assistance d'un docteur en médecine.

J'ajoute d'ailleurs, que la loi du 27 août 1927 accorde le droit de pratiquer l'anesthésie locale sans l'assistance d'un docteur en médecine aux dentistes patentés de la loi du 30 novembre 1892.

J'avoue, dans ces conditions, ne pas avoir compris comment Me Bernard Auger avait pu écrire qu'il était interdit aux chirurgiens-dentistes en général d'user de l'anesthséie sans le concours d'un médecin.

J'ai cru qu'il était de mon devoir, Monsieur le Rédacteur en chef, d'attirer votre attention sur une opinion qui, si je ne me suis pas mépris sur son sens, m'apparaît comme absolument isolée et contraire aussi bien à la lettre de la loi qu'à son esprit.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur en chef, l'expression de mes sentiments distingués,

Le Président : M. BILLORET.

Réponse de Me Bernard Auger

La lettre du Président de la Confédération Nationale des Syndicats dentaires du 4 décembre a retenu toute mon attention.

Il faut, d'abord, que je lui donne trois satisfactions :

La première, que mon affirmation est limitée à l'anesthésie générale ;

La seconde, qu'elle est personnelle ;

La troisième, qu'elle *paraît* contredite par le texte même de la loi du 30 novembre 1892, qui, après avoir donné le droit de continuer à exercer aux dentistes dépourvus de diplômes qui étaient patentés au 1er janvier 1892, ajoute : les dentistes se trouvant dans les conditions indiquées au paragraphe précédent n'auront le droit de pratiquer l'anesthésie qu'avec l'assistance d'un docteur ou d'un officier de santé — ce qui semble bien limiter cette restriction aux praticiens tolérés.

Je la crois cependant exacte, pour les raisons suivantes :

Les chirurgiens-dentistes n'ont pas plus de droits que les simples praticiens auxquels ils ont succédé, l'art. 2 de la loi du 30 octobre 1892 ne leur donne en effet que le droit « d'exercer la profession de dentiste », qui se limite aux maladies des dents et aux maladies de la bouche d'origine dentaire ou gingivaire. Or, il était universellement admis que le dentiste ne pouvait pratiquer aucune sorte d'anesthésie. Pour qu'il en fût autrement depuis la loi du 30 novembre 1892, il faudrait donc un texte exprès ; il n'existe pas. On ne peut y suppléer par de simples arguments tirés des travaux préparatoires et de la suppression par le Sénat d'un alinéa de l'art. 2 qui interdisait aux chirurgiens dentistes l'anesthésie générale, ni en échafaudant un raisonnement sur l'art. 32.

La simple prudence commande d'ailleurs mon opinion restrictive. L'expérience quotidienne montre que l'anesthésie générale, par quelque mode qu'on la pratique, n'est pas sans danger Des médecins éprouvés ont des déboires en la pratiquant. Comment laisser manier cet instrument dangereux par des gens que leurs études n'ont pas préparés à le faire ? J'ajoute que l'anesthésie générale suppose des connaissances d'ordre général que l'enseignement de l'art dentaire n'a pas la prétention de donner.

Si j'admets l'anesthésie locale, dont les dangers sont notoires pourtant, par les accidents tant d'intoxication que septicémiques qu'elle est susceptible d'entraîner, c'est à raison de la loi du 27 août 1927 : ce qui est permis aux non diplômés ne saurait être interdit aux diplômés.

Le texte de l'art. 32, il est vrai, paraît bien d'une portée restreinte et transitoire ; mais, au fond, cela n'est pas sûr. Etant donné l'interdiction totale de l'anesthésie qui me paraît faite aux dentistes, la contravention à cette interdiction devrait être sanctionnée par les peines de l'exercice illégal de la médecine ; l'art. 32, disposant pour les simples praticiens, se contente de leur appliquer l'amende de 100 à 500 francs, et en cas de récidive une amende de 200 à 3.000 francs et (et ou) un emprisonnement de six jours à un mois, ce qui réduit à cette quotité, *a fortiori*, les peines applicables aux diplômés. Que tel soit le sens de la loi, nous en avons la preuve dans la loi de mai 1941, qui a élevé ces pénalités ; il eût été bien inutile de légiférer si l'art. 32 ne se fût appliqué qu'aux anciens praticiens, dont les rares survivants doivent se compter sur les doigts ; le plus jeune d'entre eux ne peut pas avoir moins de 70 ans !

Mais, je le répète, mon opinion est toute personnelle. Et il est probable que la future loi sur l'exercice de l'art dentaire, qu'on nous a annoncée ces jours-ci à la radio, contiendra les précisions nécessaires pour résoudre définitivement la question.

Nous n'aurons pas la prétention de vouloir trancher le débat. Mais nous ferons observer tout d'abord que les éclaircissements que Me Auger attendait de la loi modifiant le statut des chirurgiens dentistes nous ont été refusés. La loi est parue avec la date du 17 novembre au « Journal officiel » *du 6 décembre dernier. Mais aucune de ses dispositions n'est venue réglementer le délicat problème des limites du domaine de ces deux professions. L'esprit de la loi manifeste seulement de manière très nette la volonté de marier étroitement ces deux branches de l'art médical puisqu'elles sont dotées d'une organisation corporative commune.*

Nous ne voudrions donc point être les promoteurs d'une querelle (au reste fort courtoise) à l'orée d'une union pour laquelle aucun divorce n'est prevu. Mais nous ne pouvons nous empêcher de conclure avec Me Auger, qu'indépendamment de toute discussion juridique, il nous paraîtrait désirable que l'anesthésie générale reste du domaine propre du médecin. Notre expérience des procès en responsabilité professionnelle, le cas que nous citons et commentons dans ce même numéro, nous amènent à souhaiter que l'on fasse, si ce n'est déjà fait, de l'anesthésie une véritable spécialité dont l'exercice serait réservé aux titulaires du diplôme de docteur en médecine.

Voilà en tous cas un problème à inscrire à l'ordre du jour de la section dentaire du Conseil supérieur. Il est probable d'ailleurs que, dans les temps actuels, cet ordre du jour doit être assez fourni !

N. D. L. R.

L'UNIFICATION DES TARIFS ET NOMENCLATURES APRÈS RÉVISION GÉNÉRALE

Lettre du Docteur PONT, d'Autun (Saône et-Loire)

J'ai reçu du Docteur Pont *(d'Autun), une lettre fort intéressante et qui doit être publiée dans le* « Concours ». *Sans doute, je ne partage pas toutes les idées de notre excellent confrère ; néanmoins, je suis d'accord avec lui sur la plupart et, en particulier* 1° *sur l'utilité pratique qu'il y aurait à* unifier *ces divers tarifs et nomenclatures et* 2° *sur le remplacement de tout tarif global, en général, par* un tarif à l'acte, *ainsi qu'il en est en matière de soins aux accidentés du travail. On me dira que « je suis orfèvre » sur ce point : peut être ? Et cependant, pourquoi ce qui fonctionne si bien depuis plus de vingt ans ne pourrait-il être généralisé ? Un seul défaut serait à corriger, à savoir trop d'actes médicaux et chirurgicaux non indiqués dans le Tarif Accident du travail, précisément parce qu'il s'agit, en l'espèce, d'un Tarif spécial aux accidentés du travail et que n'y est pas porté tout ce qui ne saurait avoir rapport avec un traumatisme quelconque. On pourrait donc, à mon avis, en vue d'une unification des Tarifs et Nomenclature en médecine sociale* prendre comme base le Tarif des accidents du travail et le compléter, *au sein d'une Commission comprenant non seulement des chirurgiens et des spécialistes, mais aussi des omnipraticiens de ville et de campagne.*

Dr Fernand Decourt.

Le 20 novembre 1941,

Monsieur et honoré confrère,

Il a été souvent question ces temps derniers de la révision des tarifs et des nomenclatures à tiers payants, et de leur unification.

Voici quelques remarques sur ces sujets ;

I. — L'unification des nomenclatures

Ce serait une réforme souhaitable. Mais auparavant, il faudrait une entente du Corps médical, pour fixer le choix entre des conceptions aussi opposées que celles du tarif à l'acte (barême des accidentsde travail), du tarif global (barême des Assurances sociales), ou même du forfait pour la durée entière d'un traitement, comme cela a lieu, en orthopédie, dans le barême du Syndicat des spécialistes.

Personnellement, je me rattacherais de préférence au tarif à l'acte, malgré la sujétion qu'il impose, pour les raisons suivantes : il respecte absolument l'indépendance du spécialiste et du médecin traitant, dans leur participation à l'acte opératoire, et dans la prestation des soins consécutifs, selon qu'ils sont donnés par l'un ou l'autre. Dans le tarif global, il est gênant que ce soit la seule signature du spécialiste, qui donne quittance de tous les frais, pendant la période du forfait, même si une partie des soins a été donnée par le médecin.

Le tarif à l'acte, entraîne les conséquences suivantes : il oblige à dissocier l'acte opératoire de l'assistance et des soins post-opératoires :

1° *Assistance opératoire* :

Il faudrait l'admettre quelque soit le coefficient de l'intervention, au moins chaque fois qu'il y a une anesthésie importante à faire. Or, le choix de l'anesthésie, qui est un acte distinct, quoique concomitant de celui de l'intervention, ne dépend pas forcément de l'importance de cette dernière, mais plutôt de l'état du malade et de son psychisme. Et il peut ne pas y avoir relation directe entre l'importance des deux actes : intervention et anesthésie.

Il serait seulement nécessaire d'établir une hiérarchie des valeurs des différents modes d'anesthésie possible, quitte à n'exclure de la tarification que les locales ou loco-régionales peu importantes, toujours faites par l'opérateur lui-même. Il faut songer aussi qu'il n'est pas impossible que l'anesthésie fasse un jour l'objet d'une spécialisation. En outre, comme le fait la Circulaire du Conseil départemental de l'Indre (*Concours médical* du 14 septembre 1941), rien n'empêche de prévoir, en faveur du *médecin traitant seul*, et pour les cas graves, des valeurs d'assistance supérieures à celles d'anesthésie, pour reconnaître la juste part, prise par le médecin traitant, dans l'indication thérapeutique et les responsabilités qui en découlent ;

2° *Soins post-opératoires* ;

— pendant le séjour dans un établissement de soins, le système du forfait journalier (sensiblement le tiers d'une consultation) et indépendant du prix d'hospitalisation, semble le plus pratique (barême des accidents du travail, par exemple) ;

— en cas de traitement à domicile, le praticien qui donne lui-même les soins, n'aurait qu'à les inscrire à leur date et fréquence, selon leurs valeurs, ainsi que ses frais de déplacement. Ceci respecte absolument l'autonomie du spécialiste et du médecin traitant.

Avec le *démembrement* du tarif global, il y

aurait une objection. C'est le cas qui se présente fréquemment actuellement, où le médecin traitant ne peut se déplacer ; ou celui du malade venu trouver directement le spécialiste.

Il pourrait paraître singulier, qu'une intervention entraîne des frais notablement différents, selon que le médecin traitant ou un médecin anesthésiste y assiste ou non. Certains, trop proches de leurs intérêts matériels, en seraient tentés de mésestimer l'importance de la collaboration du médecin traitant et du spécialiste. Il resterait pour pallier à l'objection de verser à une Caisse professionnelle de retraites par exemple, la valeur d'assistance ou d'anesthésie dont l'opérateur a assumé de surcroît la responsabilité Ainsi, médecins et spécialistes en resteraient bénéficiaires, quoique indirectement et on ne retomberait pas dans le reproche de la dichotomie.

En tous cas, c'est parce que le tarif à l'acte permet de matérialiser la part de collaboration médicale, et qu'il la sanctionne aux yeux du malade, par la signature de chaque praticien sur la feuille de soins, qu'il semble préférable au tarif global. Puisqu'unifier suppose choisir, il faut de toute façon se prononcer pour une conception, sans vouloir tout concilier ce qu'il y a d'avantageux dans des théories opposées. A vouloir le faire on risquerait bien plus la confusion que la simplification.

On pourrait regretter ce qu'il y a de commode dans le tarif global : prévision presque absolue des frais ; simplification de la comptabilité. Mais je crois que ce mode de faire ne peut faciliter aux yeux du malade les rapports du spécialiste et du médecin ; ou bien alors, il faudrait s'entendre pour fixer à chaque coefficient la fraction qui revient à l'assistance opératoire ou à l'anesthésie, et celle qui revient aux soins proprement dits. C'est retomber dans la pratique d'un tarif à l'acte mais devenu forfaitaire, donc moins équitable.

II. — Révision de la nomenclature

Ce serait un travail très important où devraient être prises en considération les observations pratiques, si souvent soumises à une tribune comme celle du *Concours médical*, depuis des années.

Les nomenclatures actuelles sont passibles de bien des critiques :

1° Elles ne s'accordent pas sur la hiérarchie des actes thérapeutiques, ou bien du fait de l'insuffisance du nombre des catégories les groupent de façon trop disparate (barême des Assurances sociales). C'est surtout en ce qui concerne les actes les plus courants : fractures, luxations, plaies, corps étrangers, infections que les différences paraissent étonnantes.

Or, malgré leurs conceptions diverses, on peut comparer entre eux les trois principaux barêmes : accidents du travail, Assurances sociales, tarif des spécialistes. Il suffit de ramener, en fonction du prix de la consultation (17 francs pour les accidents du travail, 15 francs pour les Assurances sociales, 30 francs pour le tarif syndical), les valeurs des actes de chaque nomenclature, pour pouvoir les comparer assez facilement et les grouper suivant un ordre logique ;

2° *Deuxième critique* :

Les nomenclatures sont pour la plupart incomplètes ou imprécises. Des traitements n'y figurent pas, doivent être marqués « par analogie », ce qui n'est qu'une approximation laissée à l'appréciation de chacun. Il ne devrait pas non plus y avoir d'équivoques possibles, dans une nomenclature bien faite. Or les exemples abondent :

La question de la tarification du sérum antitétanique (Besredka) par rapport au prix de deux consultations ; celle des infiltrations anesthésiques (méthode de Leriche) ; celle de l'ablation du matériel d'ostéo-synthèse, qui devrait être assimilée à une extraction de corps étranger, sont des sujets fréquents de discussion. Tous les qualificatifs ambigus : « selon importance et étendue », « petites ou grandes articulations ou plaies » devraient être évités. Il est aussi facile de nommer les articulations, ou de diviser le corps en segments anatomiques naturels en considérant pour chacun ses faces antérieure et postérieure. Ceci permettrait une meilleure description des plaies.

3° *Troisième critique.*

Il y a confusion fréquente des actes de petite chirurgie et de spécialités ou équivoque possible à leur sujet. Exemples :

La ponction d'hydrocèle en Assurances sociales figure à K6 et PC3 ?

Un panaris superficiel incisé, est classé K4. Au tarif global ceci est injuste, car les lésions des doigts nécessitent fréquemment plus de trois pansements consécutifs, pour leur guérison — ou alors, il ne s'agit que de petite chirurgie. Or, si on interprétait la même lésion « incision d'abcès superficiel », PC², on pourrait inscrire ensuite chaque pansement isolément, et le remboursement à l'assuré ne serait plus du tout le même.

Il faudrait donc établir une nomenclature qui soit juste, claire, précise, et séparer nettement les actes de PC de ceux de spécialité. Ceci délimiterait du même coup la frontière de la spécialité.

III. — Une fois établie la nomenclature, se pose le problème de la tarification.

La notation en K des Assurances sociales est pratique. Elle permet de modifier les tarifs en fonction du coût de la vie, sans avoir chaque fois à refondre la nomenclature, ce qui est un obstacle à l'adaptation.

D'autre part, une nomenclature bien faite, pourrait être utilisée au profit de tous : tiers payants et clientèle normale. Il suffirait pour cela que les valeurs de K et de PC soient rattachées partout à la valeur de la consultation.

Quant au nombre des coefficients, il faut éviter deux écueils : leur multiplication exagérée ou leur trop grande simplification.

Dans un tarif à l'acte, en utilisant les chiffres de 5 en 5, puis en 10, jusqu'à 100, on aurait déjà une gamme suffisante.

Chaque coefficient se rapportant à un acte isolé, il ne pourrait y avoir de discussion en cas d'intervention en plusieurs temps, ou successives ou concomitantes. En orthopédie, toutes les retouches de réduction ou de changement d'appareils seraient tarifées séparément.

Il y aurait encore quelques précisions à apporter en matière de collaboration radio-chirurgicale, au sujet des contrôles en série (certaines réductions de fracture sous traction continue, ou ostéo-synthèses du col fémoral, ou pour des extractions de corps étrangers).

Il faudrait fixer aussi les valeurs d'anesthésie (en PC) et au-dessus d'elles les valeurs d'assistance opératoire, pour les interventions graves et en faveur du médecin traitant seul. Pour identifier ces dernières, peut-être serait-il utile de les figurer par une lettre spéciale.

Voici bien des remarques sur des sujets courants, mais qui ont une grosse importance pratique. Il serait souhaitable que des décisions opportunes puissent intervenir en ce qui les concerne.

Les rapports entre médecins et spécialistes en seraient facilités ; leur autonomie mieux protégée.

La question, bien trop complexe, de la tarification des honoraires, dans la confusion actuelle des barêmes, serait simplifiée. Ce serait un bienfait pour tous.

En tous cas, il est vain de croire, que l'unification puisse venir de l'Etat ou des organismes à tiers payants. C'est au Corps médical, en premier, qu'il appartient de fixer ses vues et de soumettre une œuvre marquée et sanctionnée par une expérience vécue. Elle aurait alors des chances de s'imposer et d'être respectée.

Veuillez agréer, honoré confrère, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Dr Pont.

EUGÉNÉTIQUE ET RADIESTHÉSIE

« L'eugénétique, a dit un jour Alain, dans un *Propos* (novembre 1931), est une science déjà avancée, mais sans pouvoir. Et pourquoi ? Parce que nous laissons choisir ceux qui ne savent pas choisir. Ainsi, suivant l'occasion, ils se trouvent presque tous mal mariés et malheureux. Un mariage réglé d'après les intérêts de l'espèce donnerait de meilleures chances ; lui seul devrait être dit volontaire, car qu'est-ce que vouloir sans savoir ? »

Comme de tant de détails ou de principes épars dans les milliers de *Propos* d'Alain, il y aurait là-dessus matière à gloses et à philosophiques discussions.

Je veux seulement marquer qu'à côté du philosophe, d'autres savants *disent* avoir apporté — ou pouvoir apporter — quelques réalités tangibles à l'eugénisme.

Je parle ici des radiesthésistes. Ceux qui font de la baguette ou du pendule un accessoire de charlatanisme ne sont pas seuls ; il y a parmi les radiesthésistes des esprits sérieux, chercheurs d'inconnu, qui disent avoir trouvé.

Ne jetons pas indistinctement la pierre aux radiesthésistes. Qui sait ce qu'une étude sérieuse et contrôlée pourra extraire de leurs travaux ? La radiesthésie n'a pas encore ses lettres-patentes. Elle les méritera peut-être un jour, utilisée par des médecins.

En attendant cette ère nouvelle, voici ce qu'un radiesthésiste instruit me racontait ces temps derniers et qui se rapporte à l'eugénisme.

Ecoutons le radiesthésiste : « Hommes et femmes, tous, nous émettons des radiations qui impressionnent le pendule. Mais, tandis que les hommes font tourner le pendule dans un sens, les femmes le font tourner dans le sens contraire.

A cette règle, de rares exceptions : un petit nombre de femmes sont positives, un petit nombre d'hommes négatifs ; quelques unités par centaine seulement. Et voici où paraît l'eugénisme et où la radiesthésie pourrait rendre service. Ce petit nombre de femmes positives, ce petit nombre d'hommes négatifs, sont perdus pour le conjungo.

S'ils se marient, ils divorceront ».

Je n'ai rien vérifié, m'étant borné à écouter les anecdotes du radiesthésiste. Je n'en rapporterai qu'une. Un jeune homme le consulte au sujet de sa santé. Après que le pendule eut diagnostiqué la maladie et vérifié, avant l'usage, l'effet thérapeutique salutaire des médicaments, le radiesthésiste, qui a dépisté un sujet négatif, croit devoir ajouter un conseil général à ses conseils particuliers du jour : « Si vous aviez envie de vous marier, dit-il, n'en faites rien. — Vous le dites trop tard, répondit le jeune homme, je suis fiancé et convole prochainement. — Tant pis, conclut le radiesthésiste ». En effet, le jeune homme se maria et, six semaines après, divorça.

« Vouloir sans savoir », disait Alain.

A. Mignon (Viroflay).

STATISTIQUES D'ACTUALITÉ

Nous extrayons de notre excellent confrère « L'Hygiène sociale », *les tableaux et chiffres suivants sur les ressources comparées des deux zônes, occupée et non occupée.*

Tout ce qui touche le ravitaillement est aujourd'hui d'un intérêt si pressant que ces précisions ne manqueront pas d'attirer l'attention de nos lecteurs.

Elles donnent de la situation actuelle de la France une vision qui porte son millésime et qu'il vaut sans doute la peine de conserver en mémoire, à toutes fins utiles :

La superficie de la zone occupée représente 55 % du territoire et 67 % de la population totale, mais avec des différences particulières dans le détail. Voici comment se répartissent les différents solsfrançais :

Répartition selon la nature du sol entre la zone occupée et la zone libre

	Zone occupée	Zone non occupée
Terres labourables........	66 %	34 %
Cultures maraîchères.....	63 »	37 »
Prairies, herbages et pâturages.................	59 »	41 »
Bois et forêts............	56 »	44 »
Terres incultes...........	28 »	72 »
Cultures fruitières et arbustives..................	27 »	73 »
Vignes....................	28 »	72 »

On voit que, sauf pour la vigne et les fruits, les régions les plus riches en produits agricoles sont en zone occupée.

Du point de vue industriel, les différences sont également remarquables. La zone occupée comprend 73 % des travailleurs adonnés aux industries de transformation, 57 % des agriculteurs et 79 % des mineurs ; on y trouve également 97 % des produits de la pêche maritime, 70 % du lait, 87 % du beurre et 61 % des œufs, et la presque totalité des alcools, en dehors de ceux qui proviennent de la distillation du vin.

***

Au premier avril 1941, sur 89 départements (Haut-Rhin, Bas-Rhin, Moselle non compris), il fut dénombré en France 39.300.000 habitants. Ne sont pas inclus dans ce chiffre les 1.400.000 prisonniers dont 100.000 ont pu rejoindre leurs foyers au début d'avril, ni les 60.000 ouvriers partis en Allemagne. Par contre, il comprend 100.000 Alsaciens-Lorrains évacués.

C'est donc 39.300.000 cartes d'alimentation qu'il a fallu délivrer, tant en zone occupée (25.070.000) qu'en zone non occupée (14.230.000).

Répartition par catégories de consommateurs :	Zone occupée	Zone libre	Totaux
Jusqu'à 3 ans (E)........................	1.160.017	601.352	1.761.369
de 3 à 5 ans (J1)........................	1.296.822	675.067	1.971.889
de 6 à 11 ans (J2.)......................	2.571.048	1.279.291	3.850.339
de 12 à 70 ans (A)......................	9.276.142	4.683.133	13.959.275
plus de 70 ans (V)......................	1.116.383	663.556	1.779.939
Travailleurs de force (T)................	5.356.986	2.661.067	8.018.053
Cultivateurs (C)........................	4.293.857	3.667.790	9.961.647
Totaux..........................	25.071.255	14.231.256	39.302.511
soit %..........................	64 %	36 %	100 %

Dans le département de la Seine, par exemple, il existe 4.000.000 de consommateurs répartis comme suit :

E : 133.000 ; J1 : 136.000 ; J2 : 319.000 ; A. : 2.247.000 ; V. : 166.000 ; T. : 1.183.000 ; C. : 11.700.

Les départements de la zone non occupée accusent une augmentation de population, tandis que ceux du Nord de la zone occupée offrent une diminution.

Vendée..........................	+ 17 %
Tarn-et-Garonne..................	+ 15 %
Lot-et-Garonne...................	+ 14 %
Haute-Garonne et Indre...........	+ 14 %
Ardennes.........................	— 52 %
Meurthe-et-Moselle...............	— 18 %
Aisne............................	— 18 %

Pour ravitailler ces populations, quelles sont les ressources dont la France dispose ? Pour en avoir une idée, il faut encore se reporter aux chiffres de 1938 qui, judicieusement, ont été calculés en tenant compte des deux zones créées en 1940. De cette façon, on peut apprécier la capacité relative de production de ces deux régions :

Les chiffres suivants indiquent les pourcentages des produits considérés dans chacune des zones, 100 représentant leur masse totale dans le pays.

Produits agricoles :	Zone occupée	Zone libre
Céréales..................	62 %	38 %
Pommes de terre........	70 »	30 »
Produits maraîchers....	59 »	41 »
Fruits....................	36 »	64 »
Vin......................	25 »	75 »
Cidre....................	98 »	2 »

Animaux de ferme :	Zone occupée	Zone libre
Chevaux	77 »	23 %
Bovins	65 »	35 »
Ovins	40 »	60 »
Porcs	55 »	45 »
Chèvres	29 »	71 »
Produits divers :		
Lait de vache	70 %	30 %
Lait de brebis	5 »	95 »
Lait de chèvre	34 »	56 »
Beurre	87 »	13 »
Fromages	54 »	46 »
Œufs	61 »	59 »

Si l'on considère dans son ensemble l'activité du trafic ferroviaire qui est réduite, on devine toutes les difficultés que rencontrent les expéditeurs de denrées alimentaires pour diriger leurs marchandises sur les grands centres :

Sur toutes nos voies ferrées, il circulait en 1939 une moyenne de 34.200 wagons chargés, transports militaires exclus (ancien réseau d'Alsace-Lorraine non compris).

A la reprise d'août 1940, cette moyenne était de 15.500 wagons. Depuis cette époque, le trafic s'est relevé peu à peu et a atteint 29.200 wagons en juillet 1941. Ce relèvement s'est surtout manifesté dans la région du sud-est où le trafic est redevenu ce qu'il était en 1938.

LA MÉDECINE DU TRAVAIL EN ACTION

A la *Société d'orthopédie et de chirurgie* de Bordeaux, le Docteur Ch. Lasserre a exposé l'organisation et les résultats d'un service de contrôle des accidents du travail :

C'est au titre de chirurgien chef de ce service de contrôle à la Compagnie des Tramways de Bordeaux qu'il a fait cet exposé.

Nos lecteurs y trouveront la matérialisation et la mise en œuvre de doctrines nouvelles ouvrant à la médecine un vaste champ d'action et dont ils ont pu lire ici les grandes lignes à plusieurs reprises.

Ce n'est pas seulement la prévention des accidents du travail qui est en jeu, mais bien, on s'en rendra compte, toute *atteinte à l'intégrité corporelle provenant du travail.* Cette protection élargie étendue sur l'ouvrier manifeste le rôle social de la médecine du travail et constitue une de ses préoccupations essentielles :

Accidents aux agents :

Les mesures sont prises en liaison avec le service médical et chirurgical de la Compagnie. Celle-ci initie les agents aux précautions à prendre contre les manœuvres dangereuses. Elle ne laisse jamais dans l'ombre les circonstances de tout accident. Périodiquement, elle réunit une Commission de consultation du personnel à laquelle prennent part des délégués à l'hygiène et à la sécurité. Au cours de ces réunions sont examinés et discutés les résultats statistiques des accidents et en sont tirées les conclusions nécessaires. Voici quelques mesures prises dans les trois services : atelier, voie, mouvement.

— Toutes les machines sont munies de protecteurs grillagés, sous le contrôle d'un surveillant responsable.

— Les ajusteurs, serruriers, forgerons, ayant à utiliser des meules, ont reçu une paire de lunettes personnelles.

— Les soudeurs sont pourvus de tablier, veston et guêtres spéciaux en cuir chromé.

— L'appareil Javal à produire l'acétylène, les bouteilles à oxygène et à acétylène comprimé, sont écartés des ateliers.

— Les peintres sont munis de masques et les cabines pourvues de ventilateurs puissants.

— Les soudeurs possèdent des lunettes munies de verres « Athermal » arrêtant les rayons infra-rouges et ultra-violets.

— Les tables de soudure à l'arc sont isolées par des panneaux-écrans.

— Le chef d'équipe de la soudure tient à la disposition des ouvriers un collyre pour les soins immédiats.

— Les fours à étamer ont été isolés de l'atelier en raison des vapeurs d'étain et de résine qu'ils émettaient.

— Le brûlage des cuivres isolés a été pour la même raison déporté dans la banlieue.

— Tous les appareils de levage et d'élinguage sont visités fréquemment.

— Tous les hommes ayant à manipuler des pièces lourdes reçoivent des sabots (mesure qui a pratiquement supprimé les fractures de l'avant-pied).

— Le même souci s'est porté sur le matériel roulant. C'est ainsi que les plus importantes réalisations dans cet ordre d'idées sont :

1° L'attelage, dit rigide, entre motrice et remorque, qui a supprimé beaucoup d'écrasements de mains ;

2° La réalisation progressive de motrices complètement fermées grâce auxquelles la montée et la descente en marche sont devenues impossibles ;

3° La pose de commutateurs empêchant l'amenée du courant au trolley et aux ferrures de la deuxième motrice du convoi.

QUESTIONS D'HYGIÈNE ACTUELLES

1° *Boirons-nous des grogs cet hiver ?*

Le législateur est prudent. Ses conseillers les plus autorisés lui ont démontré d'une façon péremptoire que l'alcoolisme est un fléau redoutable ; il s'efforce donc de le combattre, mais ses efforts sont modérés et progressifs. C'est ainsi qu'il vient de promulguer une nouvelle loi, le 24 septembre 1941, aggravant celle du 23 août 1940 qui aggravait elle-même de nombreux essais de législation antérieurs. On peut se rassurer, cette nouvelle offensive sera suivie de nombreuses autres... En tout cas, le législateur s'y montre plein de bonne volonté, mais il tient compte, sur certains points, de la redoutable opinion publique ; celle-ci a des raisons qui ne sont pas toujours en accord évident avec la raison tout court. Quoi qu'il en soit, on est accoutumé de croire depuis Todd, inventeur d'une fameuse potion, qu'on ne peut survivre à l'hiver sans boire des boissons chaudes alcoolisées. C'est le seul moyen connu, croit-on, de garantir les bronches et les alvéoles pulmonaires contre le froid et l'humidité. Le législateur n'est pas sûr qu'il n'y ait pas une part de vérité dans cette croyance populaire.

Il n'a donc pas voulu prendre la responsabilité de priver les populations de ce moyen de prévention et par le quatrième paragraphe de l'article 7 de sa nouvelle loi, il autorise les débitants, si jugulés d'autre part, à délivrer tous les jours « des boissons chaudes alcoolisées, dites grogs » pendant la période qui va du 1er novembre au 1er avril; mais, comme il est prudent, il a voulu que les heures de vente et la composition des boissons soient déterminéessur avis conforme du Comité consultatif d'hygiène de France.

Celui-ci fut saisi officiellement de la question le 10 novembre 1941 et il la mit de suite en délibération. L'Assemblée et principalement les éminents médecins des hôpitaux qui en font partie auraient été d'avis de discuter avant tout si vraiment l'adjonction d'alcool à la boisson chaude hivernale était utile. L'un d'eux fit observer que pendant la dernière pandémie de grippe, la consommation de grogs fut prodigieuse, une odeur de rhum imprégnait tous les bureaux publics ou privés : or, il ne paraît pas que la marche de la maladie ait été influencée. L'Administration fit observer que la question n'était pas là : la loi reconnaissant comme licite l'administration des grogs, l'Assemblée n'avait pas à revenir sur le principe, il fallait seulement discuter sur les points précisés par la loi, ce qui permettrait de limiter les dégâts possibles. Il fut alors décidé : qu'on pourra boire des grogs tous les jours, sauf de midi à 17 heures, mais qu'on ne devra pas renouveler la consommation. Il sera inutile, suivant le cliché habituel, de crier au patron : « Remettez-nous ça ».

Composition du mélange. — Celui-ci ne pourra titrer que 15° et sera livré tout préparé, à ce titre, par le fabricant. Le débitant n'aura qu'à faire chauffer la dose dévolue à chaque client. (Maximum 200 grammes). On a voulu empêcher que versant séparément l'eau chaude et l'alcool le débitant complaisant laisse le client boire l'alcool en négligeant l'eau chaude ; la définition de l'ancien grog : quelques gouttes d'eau chaude dans une forte dose de rhum se trouve ainsi périmée ; du reste, c'est le rhum qui manque le plus.

2° *Prescription des sulfamides.*

Le Comité consultatif d'hygiène a été appelé à délibérer sur la délivrance des sulfamides par les pharmaciens et sur l'inscription de ces produits au tableau C. Le public est toujours à la recherche de l'insaisissable panacée qui guérira tous les maux sans médecin ni chirurgien.

Actuellement, la mode est acquise à fond aux sulfamides, série nombreuse qui ne cesse de s'accroître. Au moindre malaise, les enfants prennent leur petit comprimé. Un flacon de poudre pour les écorchures et les plaies remplace l'ancienne teinture d'iode et le récent mercurochrome dans l'armoire d'urgence. Parmi ses meilleurs clients, la sulfamide compte les prostituées qui ont vite connu son action mirifique contre l'obstiné gonocoque : pendant les deux jours qui précèdent la visite médicale rituelle, elles se bourrent de sulfamides pour être sûres de paraître indemnes à l'examen.

Toutes ces pratiques ne sont pas sans inconvénient, ni même sans danger. Le plus sérieux est la création d'une sulfamido-résistance qui empêche ou retarde dans les circonstances dramatiques le miracle possible. L'administration des sulfamides doit être dirigée par le médecin lui-même et le Comité consultatif émet l'avis formel que ces produits ne pourront être délivrés que sur ordonnance médicale, même pour les petites doses et l'usage externe.

Dr Briau.

FEMMES MÉDECINS

Le Docteur Cabanès a évoqué jadis (1), la remarquable et sympathique physionomie de Mme Madeleine Brès, la première femme française reçue médecin en France. De modeste origine — son père était charron — elle se maria à quinze ans et un mois. Un ami de sa famille, le Docteur Pleindoux, avait discerné en elle, dès son enfance, les qualités d'une infirmière d'élite ; infirmière, elle le fut quelque temps, et le Docteur Pleindoux modifia alors son jugement :

— Quel dommage que tu ne puisses pas te faire médecin !

La jeune femme sollicita une audience du Professeur Wurtz, le doyen de la Faculté.

« Vous voulez, Madame, faire vos études médicales ? Mais avez-vous vos baccalauréats ? »

La visiteuse dut répondre négativement ; reportons-nous à quatre vingts ans en arrière et imaginons, admirons aussi le courage, la résolution, l'audace qu'il fallut à Madame Brès : quatre ans plus tard elle était bachelière. Pourrait-elle maintenant faire sa médecine ? Duruy, ministre de l'Instruction publique, ne voulut pas assumer seul la responsabilité de prendre cette mesure par trop innovatrice : autoriser les femmes à s'inscrire dans les Facultés de médecine. L'impératrice présidait le Conseil des ministres le jour où la question lui fut soumise ; elle enleva le vote en faveur du sexe faible.

Mme Brès commence ses études médicales, mais, par suite d'événements imprévus, elle les interrompt à plusieurs reprises. Pendant la guerre de 1870, bien que mère de trois enfants, elle est, sur la proposition de Broca, nommée interne à la Pitié :

— Il faut vous dire qu'à ce moment-là tous les hôpitaux étaient désorganisés. La plupart des internes avaient obtenu de faire du service dans les ambulances où ils rencontraient des cas plus intéressants et où ils étaient beaucoup mieux payés que dans les hôpitaux auxquels ils ne cessaient pas, d'ailleurs, d'être officiellement attachés. Je devais donc faire les pansements de mes camarades et même signer pour eux les jours qu'ils ne venaient pas, c'est à dire presque tous les jours.

Ses fonctions à la Pitié durèrent de septembre 1870 à juillet 1871 ; la mort, pendant cette période, vint une nuit rôder bien près de Madame Brès : un obus éclata dans son lit alors qu'elle venait de se lever pour donner une potion diacodée à une vieille malade atteinte de bronchite chronique.

(1) *Chronique médicale*, 1er avril 1895.

La guerre terminée, Mme Brès aurait voulu passer régulièrement par l'externat et l'internat ; cependant elle ne fut pas admise à se présenter aux concours : « S'il ne s'était agi que de vous, lui écrivit le Directeur de l'Assistance publique, je crois pouvoir dire que l'autorisation demandée eût été probablement accordée. Mais le Conseil a compris qu'il ne pouvait ainsi restreindre la question et, l'examinant en général dans son application et ses conséquences d'avenir, le Conseil a eu le regret de ne pouvoir autoriser l'innovation que votre admission aurait consacrée ».

Reçue docteur le 3 juin 1875 avec une thèse intitulée *Mamelle et allaitement*, la première femme française médecin se spécialisa dans la médecine infantile.

Au cours de quatre années passées dans les laboratoires de Wurtz et de Frémy, elle avait pu pousser très loin des études de chimie qui lui permirent d'établir, la première, les variations de la composition du lait.

L'organisation et le fonctionnement des crèches, les questions générales d'hygiène étaient en tête de ses préoccupations. La vie de Mme Brès s'écoula entièrement en œuvres de dévouement et en actes d'abnégation ; elle est morte en 1925 à Montrouge, presque aveugle, dans la gêne, et seulement sauvée de l'extrême misère par la charitable intervention de quelques confrères.

En 1875, l'année où Mme Brès présenta sa thèse, 22 étudiantes suivaient les cours de la Faculté de médecine de Paris. « Pour obtenir leur admission au concours d'externat, raconte Mme le Docteur Lipinska (1), elles présentèrent de multiples pétitions. Enfin, le 17 décembre 1881, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique agréa leur demande. En ce qui concerne l'internat, la lutte fut moins longue mais beaucoup plus ardente. 90 internes signèrent une pétition demandant que les femmes fussent exclues du concours ; ils furent appuyés par la Société des médecins des hôpitaux. Au contraire, d'autres chirurgiens et médecins envoyèrent des pétitions en faveur des étudiantes. Il fallut la décision du ministère de l'Instruction publique pour qu'un arrêté préfectoral (31 juillet 1885), autorisât les femmes à concourir pour l'internat. C'était l'époque où les femmes n'osaient pas entrer seules dans l'amphithéâtre ; elles attendaient le Professeur dans le vestiaire pour pénétrer avec lui dans la salle ».

Michel RENAULT.

(1) *In* Les femmes et le progrès des Sciences médicales.

Avez-vous lu..... ?

Editions DENOEL,
19, rue Amélie, Paris

Remise à neuf, roman par Lucien FRANÇOIS.

Le tableau persuasif, et par cela même attristant, d'une certaine jeunesse de l'entre-deux-guerres qui a vécu ses belles années dans une sorte d'égarement.

Naïve et faisandée, elle courait à la recherche du rare et du prohibé, flirtait, s'accouplait, divorçait, sirotait des cocktails et fumait l'opium sans bien savoir ni même se demander où menait tout cela.

Elle l'apprend par le coup de massue de juin 1940 et, semble-t-il, ne réalise pas sa propre responsabilité. Le monde propice à cette jeunesse s'abîme tout à coup, les faibles sombrent et seuls surnagent ceux qui se sentent de taille à tout reprendre par le début.

Un livre qui équivaut à un instantané de la société française dans une période décisive de son histoire.

LIBRAIRIE F. PIJOLLET, La Rochelle

Le Journal d'un bourgeois de la Rochelle pendant la révolution, par Jean TORLAIS.

Avec la passion d'un érudit et d'un amoureux du terroir le Docteur Torlais poursuit son étude de l'histoire de la Rochelle.

Il présente cette fois le journal d'un vieux Rochelois qui ne pouvait lui être indifférent pour ce seul fait qu'il habita, voici un siècle et demi, la propre maison de notre confrère.

Du 31 mars 1789 au 7 avril 1796 ce brave bourgeois note les évènements locaux et les réflexions que lui suggèrent la Révolution, la chouannerie, la disette de grains, de beurre et d'huile, la rareté du bois de chauffage, la hausse du coût de la vie, la montée des changes.

Des litanies que nous commençons à connaître sur le bout des doigts.

EDITIONS DENOEL,
19, rue Amélie, Paris

Les Arnaud, par Jean PROAL.

La vie et la mort d'un de ces hameaux de haute montagne qui sont loin des routes et que le touriste ne connaît pas. La vie dans la lutte et l'effort obstiné, la mort par la lassitude et la désaffection des habitants.

L'atmosphère rustique, le charme grandiose des paysages alpestres sont admirablement restitués dans ce livre. Les médecins y trouveront un récit d'une rare et sobre grandeur : l'ascension à travers une tourmente de neige du médecin que le mari guide vers une femme agonisante. Et ils tireront leur chapeau aux confrères des Alpes dont la vie professionnelle comporte de tels moments.

EDITIONS CORREA, Paris

Manger .... quand même, par le Docteur DE POMIANE.

En ce volume le savant et toujours jovial gastronome a rassemblé ses récentes causeries de technique alimentaire à la T. S. F.

Il y enseigne toutes sortes de recettes pour mieux utiliser le maigre ravitaillement dont nous disposons et pour le parer de séductions gustatives.

En somme un livre destiné à consoler les gourmands, tellement à plaindre aujourd'hui !

EDITIONS MASSON et CIE, Paris

La morale professionnelle du médecin, par E. RIST, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine.

En trois leçons, professées aux élèves du cours de médecine légale, le Docteur Rist expose les préceptes de la morale professionnelle : Le médecin et son malade. Le médecin, la société et l'Etat. La médecine et sa profession.

Dans un esprit de rigueur, qui ne saurait certes être décrié en pareille matière, et avec une grande élévation de pensée, l'auteur trace les devoirs du médecin. Il paraphrase, en lui accordant sa totale adhésion, le récent code de déontologie.

Il maintient son attitude déjà connue et exprimée vis-à-vis de la dichotomie.

Il engage enfin les médecins à méditer pour la mieux comprendre la leçon infligée à la Patrie et à faire régner au sein de la profession les disciplines nécessaires.

EDITIONS : « LES LIVRES NOUVEAUX »
56, rue de l'Université, Paris
et 7, Place Saint-Pierre, Avignon

« Diane imprégnée », par Calrey RANZY.

Exposé romancé, encore que techniquement très documenté, de ce phénomène biologique connu et contesté qu'est l'imprégnation, l'influence prolongée sur la femelle du premier mâle.

A n'en pas douter l'auteur est un médecin : il parle de la profession d'un ton qui ne trompe pas, et il soutient sa thèse en biologiste qui a son idée personnelle. C'est aussi un grand chasseur devant l'Eternel. Ses récits de chasse confèrent au livre une atmosphère évocatrice de sous-bois trempés par les matins d'automne.

G. L.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE — Imprimerie THIRON & CIE, Clermont (Oise)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

PRÉCISIONS SUR LE TARIF MAXIMUM APPLIQUÉ AUX ASSURÉS SOCIAUX. — LE RENOUVELLEMENT DES MEMBRES DU CONSEIL DE L'ORDRE. — LA LOI BUDGÉTAIRE ET LES MÉDECINS. — LA RÉFORME HOSPITALIERE. — CARTE T.

A la lumière de renseignements de première source que nous avons pu recueillir récemment, il nous est possible d'éclairer nos lecteurs sur certain passage du discours d'Aix qui les avait vivement émus.

On se souvient que le Docteur HUARD, commentant la loi du 29 mai 1941 qui transformait les tarifs maximum de responsabilité des Caisses d'assurances sociales en tarifs minimum, avait fait allusion à des conventions à passer entre les Unions régionales de Caisses et les Conseils départementaux de l'Ordre en vue d'établir des tarifs médicaux maximum et de faire coïncider ceux-ci avec les tarifs de responsabilité.

Dans ces conventions, les médecins avaient aussitôt dénoncé une atteinte à l'entente directe et un péril pour la profession, atteinte dans sa charte.

Les milieux inspirateurs de cette innovation donnent à ce sujet les explications suivantes :

« Il n'est pas niable que le principe de l'entente directe soit ici mis en échec ; cela ne nous avait pas échappé, mais il est essentiel que les médecins sachent bien ceci : nous ne complotons pas le moins du monde de provoquer une fissure dans le bloc de la charte pour l'agrandir peu à peu et finalement tout jeter par terre ».

« Nous avons été guidés par une pensée directrice : obtenir pour tout assuré social (assuré *obligatoire*, ne l'oublions pas et à l'égard de qui sont contractées en retour certaines obligations), un remboursement constant et connu d'avance ; obtenir en outre que pour certains actes médicaux nettement spécifiés sa participation se limite rigoureusement à la valeur du ticket modérateur ».

« A l'heure actuelle, pour une ponction lombaire, par exemple, tarifée P.C.4 (soit 50 francs au tarif de responsabilité) un praticien peut demander 60, 80, 100 francs ou davantage suivant qu'il estime que la difficulté de l'opération justifie tel ou tel prix. En chirurgie, la prestation subit d'énormes variations suivant que la maison de santé est agréée ou non. Et bien entendu l'assuré ne sait pas si la maison de santé où il est opéré est agréée ou ne l'est pas. Il ignore du reste, l'importance de ce détail lorsqu'il escompte les prestations qui lui seront versées »

« Nous avons donc pensé à inviter l'Ordre des médecins d'une part et les Caisses d'assurances sociales de l'autre, à se rencontrer et à se mettre d'accord sur certains prix que les uns et les autres s'engageraient à respecter ».

« La convention projetée se limite à ceci : pour

le département de la Seine *seulement*, pour la durée d'un an *seulement* et pour cinq actes *seulement* (qui sont appendicite à froid, hystérectomie, pneumothorax, ablation des végétations et ponction lombaire), un prix serait discuté en commun et adopté avec obligation réciproque. Il ne s'agit pas d'abaisser le tarif minimum de pratique médicale courante ; il se peut même que celui-ci soit en certains cas rehaussé. Mais dans les limites ci-dessus énoncées les prix adoptés seront obligatoires et les assurés sociaux sauront qu'à propos de chacun d'eux, ils ne seront personnellement tenus que du ticket modérateur ».

« Ceci constituera en somme rien de plus qu'un essai, une expérience strictement circonscrite, et au terme desquels chacune des deux parties aura la faculté soit de dénoncer l'accord, soit de le proroger, soit de l'étendre ».

Les médecins savent ainsi à quoi et pour combien de temps, ils s'engagent et qu'aucune arrière pensée ne les guette dans les replis tortueux d'un plan machiavélique.

C'est cela que nous nous hâtons de porter à leur connaissance afin qu'ils puissent prendre parti entoute objectivité.

***

Le renouvellement annuel des membres des Conseils supérieur et départementaux par voie de tirage au sort, prévu par la loi du 26 novembre dernier, est actuellement en cours.

Nous croyons savoir que les membres sortants du Conseil supérieur seraient : MM. les Docteurs Grenet (vice-président pour la zone occupée), Boudey (vice-président pour la zone non occupée), Hollier et Roux-Berger.

La place est donc faite pour un renouveau souhaitable à tous égards devant les signes d'usure et de fatigue dont les organes de l'Ordre ont à plusieurs reprises donné la preuve. Faire cette place en recourant au sort aveugle est une mesure de sagesse politique qu'à la réflexion on doit approuver. Certes on peut déplorer la trop grande rigueur d'un tel procédé qu'aucune considération de personne ne vient assouplir, on peut regretter qu'il conduise à priver les Conseils d'éléments possédant de longue date l'expérience des choses de la profession.

Mais il a l'immense avantage de la netteté, et les exclus ne peuvent en prendre ombrage : ils sont assurés que leur attitude n'est pour rien dans la mesure qui les frappe. Et s'il y a des pertes, le hasard s'est chargé heureusement d'opérer de lui-même les compensations nécessaires.

***

Il semblerait d'après la nouvelle loi de Finances, que le Corps médical soit l'un des principaux responsables du déséquilibre budgétaire : une majoration de 100 millions est attendue d'un renforcement du contrôle le concernant. Ce contrôle nous dit-on, était jusqu'à présent « pratiquement inexistant » ; il faut en effet tenir pour rien la fameuse Commission de taxation qui peut fixer à son gré, et sans recours utile, le revenu imposable de chaque médecin.

La vie quotidienne du praticien va donc se trouver ornée d'une agréable et supplémentaire besogne de secrétariat : la délivrance à chaque

client d'une quittance extraite d'un carnet à souche. Vieille connaissance qui pour se relever d'un précédent échec a pris figure nouvelle. Le client pourra en effet se faire dégrever pour frais médicaux jusqu'à concurrence de 10.000 francs.

Admirable ingéniosite que celle du fisc qui a su faire ainsi du client son collaborateur intéressé ! Admirable peut-être pour faire rendre gorge aux incurables fraudeurs, mais financièrement curieuse cette mesure qui dégrève d'un côté ce qu'elle impose d'un autre. Le fisc aurait-il comme le cœur ses raisons que la raison ne connaît pas ?

Ce que nous digérons mal, par contre, c'est la position de suspects ainsi faite finalement aux professions libérales, et particulièrement aux médecins au sein même de leur cédule.

Se dérobent-elles donc dans leur ensemble à leur devoir fiscal ? Mentionnons pour mémoire l'onéreuse patente, mais donnons surtout la parole aux statistiques (1). En 1939, 78.000 assujettis à l'impôt sur les B. N. C., sur les 230.000 membres des professions libérales, versaient au fisc 323 millions d'impôts. Dans le même temps les 99.000 assujettis à l'impôt agricole, sur les 5.477.000 chefs d'entreprisesagricoles de France, versaient la fabuleuse somme de 50 millions !

L'attaque ainsi dirigée contre les professions libérales aurait-elle pour but de satisfaire les salariés auxquels toute possibilité de dérobade est ôtée ? S'il en est ainsi, rappelons-leur pour calmer leur envie que l'ingénieux fisc y a déjà pensé en dotant les B. N. C. d'un taux double du leur. Maintenant que les mesures nouvelles ont mis les deux cédules sur pied d'égalité, qu'attend-on pour en égaliser les taux ?

Ce n'est pas non plus sans surprise que nous avons pris note de l'obligation faite au médecin d'indiquer sur les feuilles de maladie, le montant des honoraires versés par les assurés sociaux. Le fiscal l'emporte là encore un peu trop sur le juridique. A moins que les Assurances sociales n'aient trouvé cet ingénieux moyen de contrôler les honoraires médicaux, ce qu'elles cherchent depuis si longtemps !

(1) *Journal de la Bourse*, 18 octobre 1941.

***

Le *Journal officiel* des 29 et 30 décembre 1941 contient le texte de la loi du 21 décembre 1941 sur la réforme hospitalière, que nous publierons dans notre prochain numéro.

Nos lecteurs connaissent déjà, tant par l'interview du Docteur Serge Huard recueillie par le Docteur Lavalée dans notre numéro du 14 décembre, que par notre écho du 21 décembre, l'essentiel de cette loi.

Elle ne contient que les principes généraux d'une réforme dont la mise au point de détail doit être opérée par un ou plusieurs règlements d'administration publique.

Un délai d'attente s'impose donc avant d'avoir connaissance de façon précise du nouveau statut hospitalier : à source autorisée, on nous affirme que ce délai ne saurait être inférieur à trois mois.

***

Le Conseil supérieur vient, après de nouvelles démarches, d'obtenir que la carte T soit attribuée sinon à tous les médecins, tout au moins à ceux qui assurent un service médical particulièrement pénible.

Le Secrétariat d'Etat au Ravitaillement a toutefois précisé qu'il ne pouvait s'agir là que de mesures individuelles, dont le bénéfice ne serait accordé qu'à un petit nombre de médecins et d'auxiliaires médicaux ayant une activité professionnelle particulièrement épuisante : médecins de campagne se déplaçant à bicyclette, gardes de nuit, personnel des services contagieux, assistantes sociales des grandes agglomé rations.

Tout confrère estimant remplir les conditions ainsi définies devra faire une demande de carte T au Conseil de l'Ordre de son département.

Les Conseils départementaux feront parvenir leurs propositions au Conseil supérieur qui, après les avoir examinées, les transmettra globalement au Secrétariat d'Etat au Ravitaillement.

Le Corps médical obtient enfin satisfaction sur ce point. Toutefois, nous ne voudrions pas donner trop d'espoir à nos lecteurs, car les services du Ravitaillement ont eu soin de préciser au Conseil supérieur que le nombre de cartes T réservées aux médecins était très limité, et qu'au cas où les propositions qui lui seraient transmises seraient trop nombreuses, elles seraient irrémédiablement rejetées pour la totalité.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

5.473. — Intervention pour hernie « étranglée » ou non

A propos des radioscopies pour réduction de fractures, y a-t-il lieu de distinguer deux espèces de radioscopies :

L'une de diagnostic, rapide à tarif inférieur ; l'autre de traitement, plus complexe et de tarif plus élevé, car une réduction de fracture sous écran est toujours plus difficile (obscurité, place mesurée pour les aides, etc., plâtre gênant, etc...)

Curiosité du tarif Assurances sociales : hernie étranglée ou non K. 40.

Dr P.

Réponse

a) Il n'est parlé dans le tarif des accidents du travail, d'intervention « sous écran » que pour a recherche de corps étranger » et non pour une réduction de fracture.

b) En K. 40 est indiquée la « cure radicale de hernies ». L'opération est semblable, que la hernie soit « étranglée ou non », a-t-on voulu dire, sans parler de l'urgence en cas d'étranglement, ce qui est une affaire de rapidité dans l'intervention.

Il est vrai que ce peut être aussi la cause

d'une complication grave en cas de gangrène, auquel cas il y a lieu à un anus artificiel... mais ceci est alors l'objet de l'annotation K. 60.

Ne vous semble-t-il pas, comme à moi, que la « curiosité » signalée par vous dans le tarif est expliquée en lisant la rubrique du K. 60 ci-dessus ? Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

5.218. — Application du tarif des Assurances sociales à un fonctionnaire

Doit-on appliquer le tarif Assurances sociales ou le tarif ordinaire à un fonctionnaire affilié à la Caisse de Secours mutuels du Syndicat national des employés des Contributions directes ?

Les feuilles de maladie de cette Caisse sont analogues à celles des Assurances sociales.

Dr C.

Réponse

Aux termes de l'art. 23, parag. 1er de la loi sur les Assurances sociales sont exclus du régime des Assurances sociales, les salariés de l'État, des départements et des communes.

Ces salariés demeurent soumis aux lois et règlements qui les régissent. Il se peut qu'en l'espèce les avantages réservés par les règlements au fonctionnaire que vous soignez soient analogues à ceux que pourrait lui réserver l'application de la loi sur les Assurances sociales.

Il n'en reste pas moins que ce fonctionnaire doit être considéré par vous comme un client de droit commun et que vous avez le droit de vous faire payer par lui vos honoraires comme par un client quelconque.

Toutefois s'il s'agissait d'un fonctionnaire temporaire de l'Administration ne bénéficiant pas d'un régime spécial de retraite, ce fonctionnaire resterait assujetti aux Assurances sociales.

1.532. — Prise en charge par la Caisse de soins spéciaux

Sur un assuré social, il a été pratiqué, dans la même séance dix applications, de E R K 8, chaque.

Comment faut-il noter sur la feuille de soins ? E R K8 × 10 ou E R K8 + E R K 8 : 2.

Si le lendemain, il a encore été fait cinq applications de E R K8, faut-il penser que ces cinq applications (de radium) ne seront pas remboursées par les caisses parce que comprises dans le délai des vingt jours de soins consécutifs à l'avant-veille ?

Dr D.

Réponse

Dans le « règlement type d'administration intérieure des caisses » (arrêté du 30 janvier 1937) il est dit à l'art. 24 : « Si le praticien traitant estime nécessaire... des soins spéciaux... les prestations correspondantes ne seront remboursées que si la caisse adresse à l'intéressé, préalablement au traitement, et sur demande de l'assuré... l'acceptation de prise en charge des prestations... »

Il faut donc dans votre cas de « dix applica-

tions de radium en une seule séance » vous entendre au préalable pratiquement avec le médecin de la Caisse pour être assuré que votre malade sera remboursé en partie de ses frais. Et à ce sujet, vous pouvez vous entendre avec le médecin de la caisse sur le montant de vos honoraires.

Quant à moi, j'avoue que c'est la première fois que je me trouve en face d'un tel cas qui mettrait dix fois K. 8, soit (à 20 francs par unité de K.) 160 francs × 10 = 1.600 francs par séance... renouvelée, dites-vous, le surlendemain pour une moitié.

N'est-ce pas là un de ces « soins spéciaux » au sujet desquels « l'acceptation de prise en charge » par la Caisse doit être, au préalable, demandée par le malade (le mieux l'étant ici par votre intermédiaire, à mon avis).

Dr F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

5.588. — Prestations spéciales de 2 ans

Une de mes clientes, assurée sociale, est atteinte de polyarthrite chronique vraisemblablement tuberculeuse. Elle est en traitement depuis six mois, mais n'a pas interrompu son travail. Je vous serais très obligé de me faire savoir si cette personne peut bénéficier des prestations spéciales et pendant combien de temps ? Est-il pour cela obligatoire qu'elle ne cesse pas son travail ? Quelles sont les conditions pour pouvoir bénéficier de ces prestations ?

Dr D.

Réponse

Suivant le paragraphe 16 de l'art. 6 de la loi sur les Assurances sociales, l'assuré, ou l'ayant-droit, dont l'état nécessite des soins préventifs ou qui est atteint d'une maladie ne comportant pas la cessation du travail reçoit s'il y a lieu, pendant une durée de deux ans au plus, les prestations spéciales dont le montant maximum et les conditions d'attribution sont fixés par le réglement intérieur de la Caisse.

L'art. 38 du règlement-type d'administration intérieure pour les Caisses primaires d'assurances maladie-maternité, a fixé la procédure à suivre pour l'obtention des prestations spéciales de deux ans.

Il y est dit que la caisse fixe, sur proposition du médecin traitant et du contrôle médical, le montant des indemnités forfaitaires allouées et la durée pendant laquelle elles sont attribuées. Le paiement des indemnités n'a lieu que sur justification de l'exécution du traitement prescrit.

Il vous appartient donc de rédiger un certificat dans lequel vous conclurez à l'opportunité de la délivrance des prestations spéciales de deux ans.

Après remise, par le malade, de ce certificat à la caisse, celle-ci fera effectuer un contrôle par son médecin conseil, après quoi elle prendra sa décision.

Nous vous rappelons qu'en vertu des instructions ministérielles les plus récentes, les caisses

ont l'obligation de prévoir dans leur règlement, l'allocation des prestations spéciales de deux ans et ne peuvent plus se retrancher derrière leur situation financière pour refuser de les accorder.

4.577. — Accident du travail contesté et assurances sociales

M. X., le 15 mai dernier, se présente à ma consultation accusant une douleur intercostale accentuée, sans être porteur d'un bulletin d'accident du travail qu'il n'avait du reste pas sollicité. Aucune déclaration d'accident n'ayant été faite, je délivre au blessé un certificat d'arrêt de travail simplement pour justifier l'absence de l'intéressé, contraint d'interrompre le travail, et cette pièce ne portait aucun diagnostic, mais simplement le terme « affection aigue ».

A la reprise du travail, le 16 juin, et malgré que les feuilles d'Assurances sociales aient été remplies, la carte-lettre notamment envoyée dans les 48 heures, le service des Assurances sociales refuse de prendre en charge cette affection, celle-ci étant la conséquence d'un accident du travail, à son avis.

Que doit faire l'intéressé pour obtenir le remboursement et de ses demi-journées, et des frais médicaux et pharmaceutiques selon le tarif de responsabilité ?

L'employeur refuse d'admettre l'hypothèse accident du travail, prétextant que le postulant ne l'a pas déclaré à temps.

Bien entendu l'intéressé demande l'un des deux paiements, et n'admet pas de rester dans une situation négative.

Dr L.

Réponse

Suivant l'art. 20, paragraphe 1 du décret-loi du 28 octobre 1935, sur les Assurances sociales, ne donnent pas lieu aux prestations en nature et en argent des Assurances-maladie, invalidité et décès, les maladies et les blessures indemnisées ou susceptibles d'être indemnisées au titre de la loi sur les accidents du travail.

L'assuré, victime d'un accident du travail, et dont le droit aux réparations prévues par la loi du 9 avril 1898 est contesté par son employeur ou par l'assurance substituée, reçoit à titre provisionnel les prestations de l'assurance-maladie, s'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assureur substitué, une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre de cette loi.

D'autre part, l'art. 49 du règlement intérieur-type dispose que l'assuré qui prétend aux prestations provisionnelles, doit aviser la Caisse dans le délai de huit jours de la constatation médicale de l'accident, et lui adresser une copie du certificat médical initial.

Il est tenu de présenter à cette Caisse, à défaut de l'exploit introductif d'instance, une pièce délivrée soit par le greffier de la Justice de paix, soit par un avoué, attestant qu'il a engagé à l'encontre de son employeur ou de l'assurance substituée une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre des lois sur les accidents du travail.

Puisqu'en l'espèce la Caisse d'assurances sociales prétend qu'il s'agit d'un accident du travail,

elle n'en reste pas moins tenue au paiement des prestations de l'assurance-maladie, mais votre client a l'obligation d'introduire contre son patron une action en paiement du demi-salaire, devant le Juge de paix du canton où l'accident s'est produit, en soutenant qu'il a été victime d'un accident du travail.

Si votre client obtient gain de cause contre son patron, la Caisse pourra se faire rembourser par l'employeur du montant des sommes qu'elle aura déboursées. Dans le cas contraire, les versements effectués resteront définitivement acquis à l'intéressé.

AUTOMOBILISME

5.999. — Peut-on se servir d'un redresseur de courant pour recharger une batterie d'accus ?

Il est actuellement pratiquement impossible d'acheter un *rechargeur d'accus* et je cherche à m'organiser autrement, pour mettre en charge chaque mois ma batterie pour Simca 5 de 12 v. 36 ampères. Je possède, sur un appareil à rayons U V, un redresseur de courant (je suis sur le Sud-Est Lumière courant alternatif 130 v.) que je voudrais utiliser : l'étiquette de l'appareil marque Lasem, mentionne simplement amp. 6,5.

Je désirerais donc savoir 1° si ce redresseur est utilisable comme rechargeur.

2° Quel débit un rechargeur d'accus doit donner pour une batterie de 12 v. et quel serait le temps suffisant pour remettre celle-ci en charge.

D[r] B.

Réponse

Les indications que vous me donnez sur votre redresseur sont insuffisantes pour que je puisse répondre aux questions que vous me posez.

Pour charger votre batterie 12 volts, le redresseur doit donner aux bornes du secondaire une tension à vide de 15 à 18 volts.

Quant à son débit, il peut être presque quelconque, étant entendu que la durée de la charge de la batterie en dépend essentiellement. Par exemple, si le rechargeur débite 3 ampères, il faudra douze heures pour recharger la batteric.

Pour voir si le redresseur que vous possédez est susceptible de convenir, il faudrait prendre la tension aux bornes du secondaire quand il est branché sur le réseau. Avec l'intensité de 6,5 ampères que vous indiquez, la durée de charge de votre batterie serait de six heures : cette intensité est d'ailleurs un peu forte, et il y aurait intérêt, je crois, à la diminuer en interposant une résistance sur le circuit de charge pour la réduire à 4 ou 5 ampéres au maximum.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

5.505. — Reconstitution des cabinets médicaux

Ma maison et tout mon mobilier ont été brûlés au cours des événements de mai 1940. J'étais assuré pour l'incendie depuis 1930 (évidemment très au-dessous de la valeur réelle) de la façon suivante : —

Habitation : 200.000 ; recours des voisins : 20.000 ; mobilier personnel : 40.000 ; mobilier professionnel : 10.000 ; avenant pour rayons X : 10.000.

Je suis marié, deux enfants, une servante habitant dans la maison.

Pour le mobilier personnel, l'assurance incendie de mon mobilier personnel n'étant que de 40.000 francs, je n'aurais droit qu'à 50 % de cette somme, c'est-à-dire 20.000 francs.

J'ai, ce me semble, avantage à opter pour l'allocation forfaitaire qui serait : 15.000 + 10.000 (deux enfants) + 2.000 (servante) = 27.000 francs.

Pour le mobilier professionnel, ai-je droit d'option entre l'allocation forfaitaire de 5.000 (cabinet médical) + 2.000 (salle d'attente) = 7.000 francs ou 50 % du montant de ma police incendie mobilier professionnel, c'est-à-dire la moitié de 20.000 = 10.000, ce qui serait plus intéressant pour moi, ou y a-t-il une disposition prévue pour les médecins possédant une installation radiologique ?

Quelles sont les démarches à faire et à qui m'adresser pour obtenir ces allocations mobilières ?

Dr V.

Réponse

Voici les indemnités auxquelles vous pouvez prétendre par application de la législation sur les dommages de guerre :

Pour votre immeuble, l'indemnité qui vous sera versée sera égale à 90 % du coût normal de reconstruction, si ce dernier est inférieur à 300.000 francs, à 80 % s'il est supérieur.

Pour votre mobilier personnel, vous avez intérêt à opter pour le mode de calcul basé sur votre police d'assurance ce qui vous donnera 20.000 + 8.000 (2 enfants), soit au total 28.000 francs, alors que le forfait légal n'arrive qu'à 27.000 francs.

Pour votre mobilier professionnel, la loi ne prévoit qu'une allocation fixe de 5.000 francs pour le cabinet médical, plus 2.000 francs pour la salle d'attente, sans laisser la possibilité au sinistré d'opter pour un forfait basé sur la valeur du matériel assuré.

Par contre, aux termes de l'art. 3 de l'arrêté du 12 juillet 1941, il a été prévu que les spécialistes possédant un appareillage particulier pourront, indépendamment des allocations forfaitaires, bénéficier de facilités d'emprunt qui leur seront consenties par des organismes spécialisés, au taux maximum de 4,50 % l'an.

Pour toutes ces indemnités, il est nécessaire qu'avant de déposer votre dossier entre les mains du délégué régional à la construction immobilière, vous la soumettiez à l'agrément du Conseil de l'Ordre de votre département.

Le ministre de l'Equipement national a, en effet, prévu que ce serait sur la proposition et par l'intermédiaire des organismes professionnels que ces indemnités seraient versées.

5.465. — Secret professionnel et suicide

J'ai été appelé, comme médecin traitant, par la famille d'un pendu pour essayer de le rappeler à la vie. Peine perdue et je n'ai pu que constater le décès.

Les gendarmes m'ont demandé pour leurs chefs un certificat médical circonstancié avec diagnostic et concluant à un suicide d'ailleurs évident.

Je me suis retranché derrière le secret professionnel dans la rédaction du certificat, m'appuyant sur l'article 48 du Code de déontologie « Il n'est pas permis au médecin de dire si la mort est due ou non à une cause naturelle (ce qui serait une violation partielle, mais nette du secret). »

Si j'avais été requis par le maire pour constater le décès, j'aurais été en même temps médecin traitant, médecin requis et médecin de l'état civil. Aurais-je dans ce cas été délié du secret professionnel et aurais-je pu délivrer le certificat demandé par les gendarmes ?

Il me semble aussi que je devrais me retrancher derrière le secret professionnel et refuser au prêtre un certificat concluant à ce que la personne ne jouissait pas de toutes ses facultés, certificat qu'il demandait pour lui permettre d'enterrer ce pendu à l'église.

Dr J.

Réponse

Ayant été appelé comme médecin traitant pour constater le décès du pendu, vous avez agi tout à fait correctement en vous retranchant derrière le secret professionnel pour refuser d'établir le certificat qui vous a été demandé par les gendarmes.

Si vous aviez été requis par le maire pour constater ce décès, la situation aurait été différente :

1° Si vous n'êtes pas le seul médecin de la localité ou le seul médecin dans un périmètre restreint, vous auriez pu décliner la réquisition qui vous était faite en priant le maire de s'adresser à un autre confrère, puisque vous étiez le médecin traitant du pendu et de sa famille.

2° Si vous étiez le seul médecin dans la localité ou si malgré vos efforts le maire n'avait pas voulu s'adresser à un confrère, vous n'auriez évidemment pas pu vous opposer à la réquisition qui vous était faite. Dans ce cas, alors vous deveniez médecin requis et, à ce titre, deviez faire, par écrit si vous en étiez prié, la relation de vos constatations, quand bien même ces constatations auraient permis de faire conclure à un suicide.

Ce qu'il vous est interdit par contre, c'est de faire mention dans un certificat établi dans ces conditions d'indications qui ne pourraient être connues de vous qu'à titre de médecin traitant, en raison des soins que vous auriez donnés antérieurement au suicidé.

Enfin, en ce qui concerne le certificat qui vous a été demandé par le prêtre, vous étiez parfaitement fondé à refuser également ce certificat :

a) D'abord, si en conscience vous n'aviez pas constaté chez votre client avant le suicide des signes de débilité mentale ;

b) Même en admettant que vous ayez constaté des signes non équivoques de débilité mentale antérieurement au suicide, l'art. 378 du Code pénal vous interdirait d'en faire mention dans votre certificat puisque vous révéleriez ainsi des faits qui seraient susceptibles de porter atteinte à la mémoire du défunt et un préjudice matériel à ses héritiers.

Nous n'ignorons pas que, dans la pratique, refuser un tel certificat suscite bien des complications au médecin, mais il ne nous est pas possible de vous donner un autre conseil que celui-ci.

Soixante-quatrième année N° 3 18 Janvier 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants............ 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

Nº 14. — Après décès petite clinique d'accouchements (sept lits) et médecine générale. Ecrire M. Trica notaire, 14, rue des Blancs Mouchons, Douai (Nord).

Nº 15. — Jeune infirmière ayant déjà servi colonies cherche poste lui permettant partir en Afrique du Nord. Ecrire Bordier à Noizay (Indre-et-Loire).

Nº 16. — Algérie. Poste médical avec pro-pharmacie à céder, faible indemnité. Ecrire M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 17. — Médecin cherche pour raisons famille poste médical, région Toulouse, Ariège ou Aude Ecrire à M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 18. — Clientèle à céder à bonnes conditions dans le Lot, non loin de Cahors. Facilités pour la cession et le logement. A céder également : une bibliothèque médicale, une bibliothèque littéraire et une boite à amputation à l'état de neuf. Ecrire à M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 19. — Docteur célibataire désire trouver poste à reprendre assez rapidement en banlieue ou grande banlieue avec pavillon, ou accepterait direction maison de santé. Ecrire Mauclair, 12, rue Abel Ferry, Paris-XVIe.

Nº 20. — Jne fille franç., doct. en méd., 30 a., recherche emploi méd. ou para-méd. Paris ou banlieue. Ecr. Mme Beaujean, 29, rue Vineuses, Paris (16e).

Nº 21. — A céder après décès noyau vieille clientèle, banlieue immédiate, avec pavillon et jardin, à louer libre fin juillet. S'adresser ou écrire à Mme François, 21, rue Anatole France, à Puteaux.

Nº 22. — A vendre meuble acajou et marbre faisant bibliothèque-lavabo. S'adresser à Mlle Pasquier, 109, rue de Rennes, Paris.

Nº 23. — A vendre appareil R. X. scopie et graphie de la maison Gaiffe, en très bon état. Dr Catrice à Aire (P.-de-C.).

Nº 24. — Clientèle à céder après décès, médecine générale, suite de bail. Prix à débattre. Mme veuve Durand, 63, rue Sainte-Anne, Paris.

Nº 25. — Docteur en médec. anc. ext. des Hx de Paris, longue pratique méd. gle, cherche remplacements toute durée ou place d'assist. auprès confrère surchargé. Dr Copé, 27, rue de la Chapelle, Paris-18e

Nº 26. — Dame licenciée es-sciences (certif. de physiol., biolog., ethnol. et P. C. N.) recherche emploi 3 ou 4 jours ou après-midi par semaine, dans labor. ou pour trav. de secrét., bibliogr., documentation ou rédact. scientif. S'ad. Dr Lavalée, 37, rue de Bellefond, Paris.



Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.
Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le Chewing-gum français, c'est la tablette de Mangaïne qui nettoie la langue des fumeurs, rafraichit le pharynx et aseptise la muqueuse stomacale.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.
Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).
Ne pas confondre **Silicyl, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.**
Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Sont provisoirement chargés d'enseignement* en suppléance dans les chaires suivantes, les agrégés : DESOILLE, médecine légale ; BONNET, bactériologie ; MENEGAUX, pathologie chirurgicale ; SÉNÈQUE, clinique thérapeutique chirurgicale de Vaugirard ; FÈVRE, clinique chirurgicale infantile ; LANTUÉJOUL, clinique obstétricale Tarnier ; LELONG, hygiène et clinique de la première enfance ; SOULIÉ, clinique cardiologique.

M. LACOMME, agrégé, est provisoirement chargé de l'enseignement de la chaire de clinique obstétricale Saint-Antoine en remplacement de M. Lévy-Solal.

M. FEY, agrégé, est chargé d'enseignement de la chaire de clinique urologique jusqu'au 31 mars 1942 (M. Chevassu en congé).

— **Hôpitaux de Paris.** — *Mutations de chirurgiens en* 1942 :

Saint-Antoine : M. le Docteur Cadenat remplace M. le Professeur Grégoire.

Bichat : M. le Docteur Petit-Dutaillis remplace M. le Docteur Rouhier ; M. le Docteur de Gaudart d'Allaines remplace M. le Docteur Capette ; M. le Docteur Sénèque remplace M. le Docteur Brocq.

Laennec : M. le Docteur Girode remplace M. le Docteur Roux-Berger.

Tenon : M. le Docteur Maurer (chirurgie pulmonaire) remplace M. le Docteur Métivet.

Bretonneau : M. le Docteur Boppe remplace M. le Docteur Leveuf.

Broussais : M. le Docteur Quénu remplace M. le Docteur Patel.

Saint-Louis : M. le Docteur Raoul Monod remplace M. le Docteur Soupault.

Ivry : M. le Docteur Ameline remplace M. le Docteur Bloch.

Les Ménages : M. le Docteur Gatellier remplace M. le Docteur Madier.

Villejuif : M. le Docteur Redon.

Franco-Musulman : M. le Docteur Longuet.

Saint-Antoine : M. le Docteur Bergeret remplace M. le Docteur Bréchot.

Necker : M. le Docteur Huet remplace M. le Docteur Bergeret.

Tenon : M. le Docteur Moulonguet remplace M. le Docteur Girode.

Chantin : M. le Docteur Oberlin remplace M. le Docteur de Gaudart.

Consultations générales. — Saint-Antoine : M. Bréchot (honoraire). — Necker : M. Rouhier (honoraire). — Tenon : M. Deniker (honoraire). — Bichat : M. Chevrier (honoraire). — Broussais : M. Merle d'Aubigné. — Saint-Louis : M. Picot (honoraire).

— *Nouveau service d'oto-rhino-laryngologie.* — Un nouveau service d'oto-rhino-laryngologie vient d'être ouvert à l'hôpital Cochin, sous la direction de M. Ramadier, chef de service.

— *Concours de l'internat* (épreuve orale). — Jury. Médecins : MM. Vincent, Courcoux, Laubry, Ameuille, Peron ; Chirurgiens et spécialistes : MM. Boppe, Leroux, Ameline, Raoul Monod ; Accoucheur : M. Ravina.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : Anatomie : 1° Anatomie descriptive de la cavité cotyloïde de l'os iliaque, sans l'ossification ; 2° anatomie descriptive du ligament latéral interne de l'articulation tibio-tarsienne, sans les rapports ; 3° muscle ptérygoïdien externe ; insertions et innervation, sans les rapports ; 4° énumérer dans leur ordre d'origine les branches collatérales de l'artère sous-clavière ; 5° énumérer les éléments musculaires, vasculaires et nerveux qui traversent la grande échancrure sciatique.

Pathologie médicale : 1° Enumérer, sans les décrire, les six principaux signes de la maladie de Basedow (laboratoire compris) ; 2° état des réflexes rotuliens, achilléens et cutané plantaire dans le tabès dorso-lombaire ; 3° renseignements fournis par l'examen clinique de l'abdomen dans une cirrhose de Laennec non compliquée, à la période ascitique avant toute ponction ; 4° signes d'auscultation pulmonaire de la pneumonie franche lobaire aiguë non compliquée de la base : *a*) au début ; *b*) à la période d'état ; *c*) au lendemain de la crise ; 5° signes d'auscultation cardiaque et signes vasculaires périphériques de l'insuffisance aortique type Corrigan en dehors de l'asystolie ; 6° énumérer, sans les décrire, par ordre d'importance décroissante, les principales complications des oreillons.

Pathologie chirurgicale : 1° Signes physiques d'une hernie crurale récemment étranglée ; 2° renseignements cliniques et pronostiques fournis par

l'examen d'un malade atteint de furoncle de la lèvre supérieure à la période d'état ; 3° énumérer les signes physiques d'une fracture fransversale fermée récente de la rotule,sans la radiographie ; 4° décrivez les différentes manœuvres qui permettent de s'opposer à la chute de la langue en arrière au cours des anesthésies générales par inhalation.

— **Hôpital Broussais.** *Leçons sur les maladies du sang.* — Le dimanche 18 janvier 1942, le Docteur P. CHEVALLIER fera, à 11 heures, à l'amphithéâtre Laënnec de l'hôpital Broussais, une leçon sur : Diagnostic et nomenclature des éléments normaux du sang et de la moelle.

— **Prix de l'Académie de médecine** — Parmi les lauréats des prix décernés par l'Académie en 1941, nous avons relevé les noms de MM. Ambard (Prix du Prince Albert 1er de Monaco), Jeanneney et Castenet (Prix de l'Académie), Gaehlinger (Prix Capuron), Logeais (Prix Chevillon), Guy Hausser et Heim de Balsac (Prix Fournier), Doubrow (Prix Marmottan), Raoul Palmer (Prix Tarnier), etc...

La lecture du palmarès, à la séance annuelle de décembre 1941, a été précédée d'un rapport de M. Georges Brouardel et a été suivie d'un très beau discours de M. le Professeur Achard, secrétaire général de l'Académie, sur : *Le progrès en médecine et l'organisation du travail scientifique.*

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** *Diplôme de médecin colonial et de médecin breveté de la marine marchande.* — La 36e série d'études pour la préparation au diplôme de médecin colonial et à l'examen de médecin breveté de la Marine marchande (novembre-décembre 1941), a été suivie par dix-neuf auditeurs, dont trois avaient bénéficié de bourses d'études offertes par la Société parisienne d'expansion chimique Spécia.

Après examen, ont reçu le diplôme de médecin colonial de l'Université de Bordeaux : MM. Abbadie, Bannel, Broustra-Cardepont, Bosq, Chauvin, Conte Dupuy, Hittau-Capdegelle, Kebir, Lacadée, Mlles Larralde, Leguay, MM. Muret, Niervèze, Pascal, Pelletier, Perromat, Schapira.

Sont proposés pour l'inscription au tableau des médecins brevetés de la Marine marchande : MM. Bosredon (Jean), Bosredon (Pierre), Broustra (Robert), Cazaugade (Jean), Moreau (Jean), Muret (Pierre), Nancy (Adrien), Vedrenne (Jean), Perromat (Jean).

La 37e série d'études aura lieu du 3 novembre au 23 décembre 1942.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— **Secrétariat d'Etat à la guerre.** *Concours pour l'admission en 1942 à l'Ecole du Service de Santé.* — Ce concours sera ouvert le 25 juin 1942. Peuvent y prendre part : *A*) Section métropolitaine, 1° les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques ; 2° les étudiants en médecine pourvue de 4 et 8 inscriptions de doctorat. — *B*) Section coloniale, 1° les étudiants aspirant au doctorat en médecine, bacheliers de l'enseignement secondaire, pourvus du cer-

tificat d'études physiques, chimiques et biologiques ; 2° les étudiants en médecine pourvus de 4 inscriptions de doctorat.

Limites d'âge : les candidats devront avoir dix-sept ans au 31 décembre 1942 ou avoir eu, au 1er janvier 1942, moins de vingt-trois ans pour les étudiants P. C. B., moins de vingt-quatre ans pour les étudiants concourant à quatre inscriptions de médecine ou moins de vingt-cinq ans pour les étudiants concourant à huit inscriptions de médecine.

Le nombre d'élèves à admettre est, en principe, fixé à soixante, dont quarante pour la section métropolitaine et vingt pour la section coloniale.

Les épreuves écrites seront subies à Alger, Clermont-Ferrand, Lyon, Marseille, Montpellier et Toulouse, les épreuves orales à Lyon et à Marseille.

Le registre d'inscription sera ouvert à Royat (Puy-de-Dôme) du 1er mai au 1er juin 1942. Pour renseignements complémentaires, s'adresser :

Soit au secrétariat d'Etat à la guerre (direction du service de santé, bureau du personnel), à Royat (Puy-de-Dôme) ; soit au délégué du secrétaire d'Etat à la guerre, 16, rue Saint-Dominique, à Paris ; soit au directeur de l'école du service de Santé, à Lyon.

— **Fumeurs** 1941. — M. Piédelièvre a signalé à la *Société de médecine légale* les difficultés qu'éprouvent les malades atteints d'asthme pour se procurer des cigarettes anti-asthmatiques, les réserves de ces produits dans les officines ayant été presque épuisées par... les fumeurs privés de tabac !

La Société de médecine légale a autorisé M. Piédelièvre à porter le fait, en son nom, à la connaissance de l'autorité compétente, pour que des mesures soient prises en vue de réserver les dites cigarettes médicamenteuses aux malades asthmatiques. Les asthmatiques lui en seront reconnaissants.

— **Naissances.** — Marie-Claire, Michèle, Philippe et Gilles PICARD sont heureux de vous faire part de la naissance de leur petite sœur, *Florence*. Le 14 décembre 1941.

Docteur Picard, Semur (Cote-d'Or).

— Le Docteur et Madame JACQUIN ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Hughes*.

Laheycourt (Meuse), le 22 décembre 1941.

— Le Docteur et Madame Jean VINCENT sont heureux de faire part de la naissance de leur fille *Jacqueline*.

Limoges, 16 décembre 1941.

— Le Docteur Louis DESORMEAUX et Madame Louis Desormeaux, docteur en médecine, ont la joie de vous annoncer la naissance (18 novembre 1941) de leur fille, qui a reçu au baptême (22 novembre 1941) le nom de *Catherine*.

Reims, 59, rue Libergier.

— Le Docteur et Madame François CABY sont heureux de vous faire part de la naissance de leur troisième enfant *Serge*.

Corbeil (Seine-et-Oise), 24, avenue Carnot.

— Le Docteur R. GRÉGOIRE et Madame GRÉGOIRE, de la Ferté-sous-Jouarre (Seine-et-Mar-

ne), nous font part de la naissance de leur cinquième enfant, *Françoise*. Nos meilleurs souhaits à cette nombreuse famille.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur Raymond VINCENT DU LAURIER, décédé le 9 décembre 1941 à son domicile, 85, rue Pelleport, à Paris. Nous adressons à Madame Vincent du Laurier nos sincères condoléances.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jacques-Charles BLOCH, chirurgien des hôpitaux de Paris ; du Docteur René BONAMY, chirurgien de l'hôpital Gouin, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, décédé le 11 décembre 1941 à Cour-Cheverny (Loir-et-Cher) ; du Docteur Paul KIENER, décédé le 10 juin 1941 en son domicile, 3, avenue Lederlin, à Thaon-les-Vosges (Vosges).

— Le Docteur Blanchard, de Rochefort-en-terre (Morbihan), Maryvonne et Claude Blanchard ont la douleur de faire part de la mort de Madame BLANCHARD née Yvonne Le Feunteun, pharmacien, sa femme et leur maman, décédée à l'âge de 28 ans le 21 décembre 1941, après une courte et cruelle maladie.

— Le Docteur Pierre Boulangé a la grande douleur de faire part de la mort de sa jeune femme, Madame Marie BOULANGÉ, décédée à l'âge de 27 ans, le 15 décembre 1941, à Corcieux (Vosges).

— Le Professeur E.-J. MOURE (1855-1941). — Le Professeur E.-J. Moure, de Bordeaux, dont nous avons annoncé récemment la mort, était un des maîtres et aussi un des fondateurs de l'oto-rhino-laryngologie française. Après s'être initié à Paris, sous la direction de Fauvel, au maniement du miroir laryngoscopique, il créa à Bordeaux, en 1880, une clinique libre d'oto-rhino-laryngologie, comme plus tard Lermoyez, à Paris. Chargé de cours, puis professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, il fut titulaire de la première chaire de clinique de cette spécialité créée en France. Son œuvre scientifique comporte, outre son enseignement magistral, de nombreuses et importantes publications, des méthodes et des techniques opératoires heureuses, etc... Atteint par la limite d'âge, il quitta en 1926 la chaire qu'il avait brillamment illustrée et qu'occupe aujourd'hui le Professeur Portmann, avec non moins d'éclat.

Le Professeur E.-J. Moure était très populaire à Bordeaux où on l'appelait le « médecin du Roi ». Il avait en effet soigné et opéré Alphonse XIII, roi d'Espagne, et le souverain, reconnaissant, revenait souvent le voir à Bordeaux. Alphonse XIII est mort, on le sait, en février 1941.

Le *Concours Médical* adresse ses sincères condoléances à M. le Prof. agrégé Paul Moure, son fils et à M. le Prof. Portmann, son gendre.




ORDRE DES MÉDECINS
Conseil Départemental de la Seine

Communiqués

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine rappelle que la liste des médecins susceptibles d'être appelés pour la relève des médecins prisonniers de guerre est en préparation.

Les médecins de moins de 40 ans, pères de famille, qui ne seront pas appelés à participer à cette relève sont priés de donner d'urgence leurs nom et situation de famille au Conseil de l'Ordre de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain, Paris.

LE CONSEIL DE L'ORDRE.

MÉDECINE ET FAMILLE

Belles Familles médicales - Généalogies médicales - Biographies de Familles médicales

Un appel est adressé à tout le Corps Médical pour que soient rassemblés avant fin janvier, tous documents qui témoigneront des forces de la Famille médicale. Un numéro spécial de *Médecine et Famille* sera consacré à la gloire des familles médicales, et comprendra une liste de médecins, pères de huit enfants au moins. Toutes les familles nombreuses sont priées d'écrire à ce sujet au siège de l'Association, 84, rue de Lille, Paris.

Appel aux médecins sur trois enquêtes importantes sur la politique familiale

Tous les confrères, s'intéressant aux problèmes familiaux dont la solution est indispensable à la survie de notre pays, se doivent de participer à la documentation réunie par *Médecine et Famille*, 84, rue de Lille, à Paris, sur les questions ci-dessous :

Ravitaillement familial ;
Installation des jeunes ménages ;
Propagande familiale.

Médecine et Famille enverra, sur demande, les questionnaires détaillés concernant ces enquêtes Les réponses sont sollicitées avant le 15 février.

Les résultats de ces trois enquêtes seront rapportés devant la réunion nationale des Centres départementaux de coordination et d'action des mouvements familiaux.

Une protestation des Médecins propharmaciens

Les médecins pro-pharmaciens de la Haute-Marne se sont réunis pour examiner les répercussions que va avoir pour eux la loi du 11 septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie.

Ils ont constaté que, dans une période comme celle-ci où les communications sont difficiles, le rôle joué par les propharmaciens à l'égard des populations rurales est plus nécessaire que jamais.

La loi du 11 septembre brime les propharmaciens, les lèse gravement dans leurs intérêts matériels et dans leur prestige auprès du public.

Les pro-pharmaciens de la Haute-Marne s'offrent

à étudier de concert avec les Pouvoirs publics la question de la propharmacie et invitent tous leurs confrères en pro-pharmacie à se joindre à eux dans cette action.

S'adresser à : Docteur Demay, à Voiseney (Haute-Marne).

Comité Sanitaire de la Région Parisienne

SÉANCE DU 23 DÉCEMBRE 1941

M. CHRÉTIEN fait une communication sur *l'organisation des services vétérinaires à Paris et dans le département de la Seine.* Ils ont remplacé, depuis 1895, le service des épizooties créé en 1802 ; le service de l'inspection des boucheries, d'origine encore plus ancienne, puisqu'il remonte aux Corporations du XIVe siècle ; et l'Inspection vétérinaire du marché de la Villette, qui datait de 1890. Le personnel se compose de vétérinaires aidés par des inspecteurs ; tous sont nommés au concours. Ils ont à leur disposition, aux Halles centrales et dans les abattoirs, des laboratoires parfaitement outillés. Leurs attributions de vétérinaires sanitaires de la Seine peuvent être ainsi résumées :

1° Application des mesures de police sanitaire (lutte contre les maladies contagieuses des animaux) ;

2° Inspection de la salubrité des denrées alimentaires d'origine animale : viandes, triperie, charcuterie, conserves, poissons, molusques, crustacés, œufs, lait ;

3° Surveillance d'un certain nombre d'établissements classés comme insalubres ;

4° Etablissement des cours de gros, contrôle des prix de vente au détail, étude des questions relatives au coût de la vie.

L'inspection s'étend aux viandes importées, ainsi qu'à la surveillance des wagons et des véhicules servant au transport des animaux et des produits d'origine animale.

Les résultats fournis ont été remarquables : la peste bovine, la morve, la rage, ont pratiquement disparu. Seules persistent la fièvre aphteuse et la tuberculose, ainsi que la peste et la pneumo-entérite du porc. On lutte efficacement contre la fièvre aphteuse par l'hémo-prévention qui utilise le sang récolté sur les animaux convalescents et préserve 70 % des animaux, les autres ne présentant qu'une affection bénigne. Les « maladies rouges » du porc sont heureusement combattues par la séro-prévention et la vaccination. Seule subsiste la tuberculose. C'est aux travaux de Pasteur qu'il faut rapporter ces progrès ; et les vétérinaires suivent avec fruit, chaque année, les cours de l'Institut Pasteur.

La discrimination des viandes altérées est parfois délicate, en l'absence de commémoratifs et du fait que les viandes sont souvent expédiées sans leurs viscères. Mais les services d'inspection de province sont maintenant mieux organisés et les envois de viandes malsaines sont plus rares. Seules les tueries particulières, au nombre de 230 dans le département de la Seine, sont plus difficiles à surveiller rigoureusement. L'extension de périmètre des abattoirs de la Seine fera disparaître cette anomalie. La surveillance des établissements classés porte sur près de 900 établissements.

Les services d'inspection vétérinaire s'efforcent d'aider les producteurs de viande, d'œufs, de lait à améliorer les conditions hygiéniques de leur production ; ils surveillent, et notamment pour le lait, les conditions du transport et la propreté des récipients.

En 1937, considérée comme année moyenne, les Halles centrales ont reçu 93.547.802 kilos de viandes diverses, 13.290.290 kilos de triperie, 23.443.160 kilos de volailles e gibiers, 51.241.450 de produits de la pêche. Sur ces quantités, 2.15 % des viandes, 3.23 % de la triperie, 0.6 % d s volailles et gibiers et 1,05 % des produits de la pêche ont été retirés de la vente.

Dans les abattoirs de Paris et de banlieue, ont été sac ifiés en 1937, 354.935 têtes de gros bétail, 274.070 veaux, 1.099.927 moutons, 979.550 porcs, 77.297 chevaux. Les quantités retirées de la circulation atteignent près de 2.400.000 kilos.

Sur les 84 millions d'œufs soumis au contrôle, dont 4.472.855 étaient d'origine étrangère, un million environ étaient corrompus, et plus de deux millions ont été réservés exclusivement à l'industrie des biscuits secs.

Le service d'inspection vétérinaire concourt à l'établissement de la mercuriale des prix de vente en gros et au détail, qui déterminent les prix de location des pâturages, et même, par le truchement des mécanismes de l'indice du coût de la vie, les salaires ouvriers.

Leur action est rarement répressive, et jamais en dehors de l'intention frauduleuse. Une enquête approfondie est toujours pratiquée, et les techniques de prélèvement et d'examen sont sans cesse améliorées. C'est une véritable école de l'inspection où les vétérinaires, les intendants, les médecins de l'armée viennent s'instruire et se perfectionner. De ce centre et de ce personnel d'élite sont sortis de nombreux travaux qui font autorité, et ce service peut être considéré comme l'un des mieux organisés d'Europe.



La retraite des Médecins militaires

Un lecteur nous adresse la protestation suivante contre certain passage d'un article récemment publié dans le « Concours ». »

L'auteur de l'article « Réflexions sur l'organisation médicale » paru dans le *Concours* du 14 décembre, sous la signature Dr L. T. parle bien à la légère de la retraite des médecins militaires. Il semble ignorer complètement que ces confrères se font eux-mêmes leur retraite en plaçant une partie de leur traitement sous forme de retenue faite par l'Etat, qu'ils ne perçoivent pas leur solde budgétaire mais une partie seulement de cette solde, l'autre partie étant retenue pour la constitution des retraites qui sont en somme le résultat d'économies faites obligatoirement par eux.

Si les médecins militaires en retraite devaient, pour avoir le droit d'exercer, verser à l'Ordre des médecins le montant de leur retraite, il n'y aurait aucune raison pour qu'un médecin civil, s'étant constitué grâce aux bénéfices résultant de l'exercice de sa profession à l'âge de 50 ans à la caisse des dépôts et consignation une rente immédiate à capital aliéné, ne soit pas également obligé de verser cette rente à l'Ordre pour avoir le droit de continuer à exercer.

Pour pousser jusqu'au bout le raisonnement du Docteur L. T. il faudrait interdire à tout confrère bien renté de par ses aïeux ou de par ses économies ou son mariage d'exercer la médecine, ce qui serait absurde ; peut-être faudrait-il aussi limiter la clientèle d'un confrère dès qu'elle prend de l'extension si celle du voisin diminue.

Invidia medicorum vit toujours.

I. P. K.

A propos du réapprovisionnement des pharmaciens

Les remarques formulées par notre confrère, le Docteur Henri Vignes, dans notre numéro du 21 décembre dernier, ont éveillé des échos. Certains, et non pas seulement des médecins, nous ont confirmé les dires de notre distingué collaborateur, en précisant que la responsabilité d'un tel état de chose n'incombait nullement aux pharmaciens détaillants.

Par contre, le Conseil supérieur de la pharmacie nous a fait savoir que « tous ses efforts tendaient à « une juste répartition, non seulement des médica- « ments destinés aux préparations magistrales, mais « également des spécialités, que les circonstances « actuelles rendaient particulièrement difficile. » Le Conseil supérieur émettait aussi le vœu que le Corps médical, tout en continuant à prescrire les produits spécialisés qu'il a l'habitude de préconiser, veuille bien indiquer par ordre de préférence les produits de remplacement qu'il juge applicables aux cas considérés.

Nous soumettons bien volontiers ce vœu à l'attention de nos lecteurs.

Mettons tout le monde d'accord pour terminer, en constatant que les circonstances actuelles seules sont cause des imperfections signalées, et en souhaitant que tous, aussi bien médecins que pharmaciens, grossistes et spécialistes, fassent le maximum d'efforts pour assurer à la population une fourniture de médicaments aussi adéquate que possible, au milieu des difficultés de l'heure.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Hôpitaux et hospices publics

Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices civils

Titre Ier

Définition des hôpitaux et hospices publics — De l'admission dans les hôpitaux.

Art. 1er. — Les hôpitaux et hospices constituent des établissements publics, communaux, intercommunaux ou départementaux, destinés à recevoir, dans les conditions prévues à l'article 2 des malades, des blessés, des femmes en couches, des vieillards infirmes et incurables.

Les hospices peuvent, en outre, faire fonction d'hospices dépositaires des services départementaux d'enfants assistés dans les conditions fixées par l'article 8 de la loi du 27 juin 1904.

Art. 2. — Les hôpitaux et hospices reçoivent, dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur, les malades, les vieillards, infirmes et incurables, les femmes en couches admis au bénéfice des lois d'assistance.

Ils reçoivent, en outre, les malades qui doivent être soignés aux frais de l'Etat ou des collectivités publiques ainsi que les bénéficiaires des lois sur les accidents du travail et sur les Assurances sociales.

Enfin, ils reçoivent de malades, des vieillards, des infirmes et incurables, des femmes en couches n'appartenant pas aux catégories ci-dessus dans les conditions qui sont fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35.

....

Voir la suite page XLV-89

PROPOS DU JOUR

UNE NOUVELLE QUERELLE DES ANCIENS ET DES MODERNES : LES VIEUX PRATICIENS ET LES JEUNES MÉDECINS

Notre correspondance est une mine inépuisable de sujets de controverse. Au premier rang viennent les récriminations des jeunes médecins et des vieux praticiens qui exhalent les uns contre les autres réciproquement leurs rancœurs. Nous ne saurions prendre parti, car des deux côté les plaintes, en tenant compte d'exagérations fatales, nous paraissent fondées. Cela nous rappelle la vieille querelle des anciens et des modernes qui passionna en France les hommes de lettres des XVIIe et XVIIIe siècles et qui dressa Desmarets, les Perrault et Fontenelle, contre Boileau et Racine, querelle qui fut éteinte par le robuste bon-sens de Voltaire. Si les lettres de mes confrères dépassent en véhémence les polémiques des hommes de lettres des siècles passés, c'est qu'elles trouvent dans les conditions déplorables de l'existence actuelle des motifs plus sérieux.

Ecoutons d'abord le son de cloche des jeunes médecins : Ils se plaignent, et avec raison, des difficultés presqu'insurmontables qu'ils rencontrent au début de leur vie professionnelle. Les frais de premier établissement sont très onéreux et plus à la campagne qu'à la ville, car le médecin ne saurait s'y passer de moyens de transport rapides. Dès le début, ils sont accablés d'impôts auxquels s'ajoutent la cotisation à l'Ordre des médecins, les allocations familiales médicales obligatoires, le coût de la domesticité très onéreux, si réduite soit-elle, le loyer, le téléphone, etc., etc. ; bref le jeune médecin célibataire avant de songer à se vêtir et à s'alimenter, doit débourser au bas mot 25.000 ou 30.000 francs. En regard il trouve tous les postes à indemnité fixe qui pourraient atténuer sa misère, accaparés par de vieux praticiens qui les sollicitent encore âprement quand l'un d'eux devient vacant. Il ne rencontre guère le plus souvent l'aide confraternelle, l'indulgence amicale chez ses anciens, la compréhension de sa situation difficile. Tout au contraire, il se butte à la jalousie, l'envie proverbiale de praticiens qui considèrent que les clients leur appartiennent et qui considèrent comme un détournement, presqu'un vol, quand, sous un prétexte quelconque, quelques clients les quittent pour s'adresser à un plus jeune. De là, une guerre acharnée, le dénigrement réciproque : le jeune prétend que l'ancien ignore les progrès récents de la science médicale, qu'il n'est plus à la page, pour se servir de l'expression actuellement consacrée ; s'il ne se sert pas de termes plus discourtois ; le vieux parle de l'inexpérience du jeune confrère et lui impute les cas malheureux qu'il peut avoir soignés, s'il ne met pas encore en doute sa probité professionnelle.

Mais écoutons l'autre son de cloche, celui du vieux praticien : Pour lui, tous les jeunes, à quelques exceptions près, ont un appétit vorace et les dents longues. Leur unique souci, c'est de gagner de l'argent à tout prix et les moyens pour arriver à ce but leur importent peu. Il n'est vilenies dont ils ne soient capables pour détourner un client de son médecin habituel ; la médisance et la calomnie sont leurs armes coutumières. Ils s'informent des malades en traitement et arrivent à se substituer à son insu au médecin traitant. Nous avons sous les yeux une lettre où un vieux médecin se plaint d'avoir constaté à une visite que sa malade avait été curetée la veille et qu'ayant fixé un jour pour pratiquer une thoracentèse, à son grand étonnement, lors de sa visite, on lui dit que l'opéra-

✦✦

tion avait été déjà pratiquée tout récemment. Le jeune confrère n'avait pas daigné le prévenir et encore moins ne s'était pas préoccupé du règlement préalable de ses honoraires.

Et le Code de déontologie, direz-vous ? Et le Conseil départemental de l'Ordre des médecins ?

Ces derniers paraissent tout-à-fait impuissants. Une fois de plus ces faits démontrent que les lois ne peuvent rien si les mœurs ne sont pas modifiées.

Quid tristes querimoniæ,
Si non supplicio culpa reeditur ?
Quid leges, sine moribus
Vanœ proficiunt ?.....

répéterons-nous encore une fois avec Horace.

« A quoi sert de récriminer si, par les sanctions, on ne parvient pas à arrêter les fautes ? A quoi bon des lois, qui restent vaines si l'on ne modifie pas les mœurs ? »

L'impuissance de ces sanctions est parfois avouée ou déplorée par ceux qui doivent les appliquer, par les présidents même des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins :

« Nous nous heurtons pour les petites affaires à des difficultés matérielles qu'il est impossible d'éviter, nous dit l'un. On ne peut condamner sans preuves et, pour avoir des preuves, il faut des témoins. Pour faire comparaître ces derniers, si tant est qu'ils veulent bien déposer, il faut les indemniser. Le plaignant doit faire l'avance de ces indemnités, quitte à se faire rembourser s'il gagne son procès. »

« Et quelles sanctions seront appliquées, nous fait remarquer un autre. Le blâme en chambre du Conseil, même s'il est publié, même s'il est inscrit au dossier, le coupable s'en moque ! »

Conclusion : il faut accepter avec résignation ces entorses à la déontologie. En vieillissant nos interlocuteurs sont devenus philosophes et traitent les médisances et les actes de mauvaise confraternité par le mépris, ce qui est le meilleur moyen de les faire passer dans les mœurs. Les Conseils de l'Ordre n'auraient réellement leur utilité que pour réprimer les manquements graves qui peuvent entraîner la suspension du droit d'exercer ou la radiation définitive du tableau. Nous ne sommes pas tout-à-fait de cet avis. Pendant de longues années nous avons fait partie du Conseil de famille du Syndicat des médecins de la Seine et nous avons eu à juger maints conflits interconfraternels. Nous étions loin d'être légalement armés comme les Conseils de l'Ordre, mais notre intervention toute fraternelle à l'instar d'un tribunal de Paix, était loin d'être toujours inutile. Il nous arrivait souvent, après avoir obtenu de loyales explications, de réduire la plainte à peu de choses. Il nous arrivait souvent de réconcilier deux confrères qui croyaient, parfois à tort, avoir l'un contre l'autre des griefs réciproques. Très rarement ceux qui étaient cités, faisaient fi des sanctions, pourtant bien anodines, du Conseil de famille qui était toujours respecté parce que ses membres prenaient leurs fonctions au sérieux et ne faisaient pas preuve d'un décevant scepticisme.

Nous n'affirmerons pas que les jeunes médecins soient toujours des modèles de correction et de délicatesse, qu'ils ne considèrent jamais leurs anciens comme des fossiles dangereux pour eux et pour les malades et qui gagneraient à disparaître. Mais aussi quel effort font les vieux praticiens pour faciliter la tâche des jeunes et pour établir avec eux des liens de bonne confraternité ?

Nous nous rappelons l'accueil plutôt frais que nous, fils de médecin, avons reçu quand, lors de notre installation, nous avons fait les visites protocolaires aux confrères voisins de notre domicile. La réception fut d'autant plus froide, sinon tout à fait hostile, que le praticien visité était plus âgé.

Un jeune correspondant nous suggère de demander qu'il y ait au moins un jeune médecin dans les Conseils de l'Ordre. Nous approuvons cette suggestion ; toutefois nous ferons remarquer que ces Conseils, étant de véritables organes de juridiction, demandent à être composés en grande majorité de gens d'un certain âge, pourvus de l'expérience nécessaire et jouissant d'une considération capable d'inspirer le respect et de donner une réelle autorité à leurs décisions.

J. Noir.

PARTIE SCIENTIFIQUE

« INFILTRÉ SOIT QUI TOUJOURS SOUFFRE »

par Raphaël MASSART

Depuis les premières tentatives faites à Strasbourg par Leriche et Fontaine, pour faire marcher les entorses après infiltration à la novocaïne des ligaments articulaires, que d'encre a été répandue et que de paroles ont été dites, sur un sujet aussi plein d'actualité que ce mystère.

J'ai été un des premiers, ayant eu la bonne fortune d'apprendre des auteurs mêmes, au début de leur pratique, tout le parti qu'on pouvait tirer de la méthode, à l'appliquer très largement, en dehors même des lésions traumatiques, et de la généraliser, en l'étendant aux lésions chroniques des articulations rhumatismales.

Dans les années d'avant la guerre, soit à l'Hôpital-école, soit dans le service de Dausset à l'Hôtel-Dieu, nous nous étions organisés pour traiter quantité d'algiques qui nous venaient de partout, et en particulier, ces malades douloureux qui, sous le signe du rhumatisme chronique, allaient de service en service, demandant aux massages, aux bains, aux eaux minérales, à la physiothérapie ou aux rayons X, la guérison de leurs maux.

Pendant la première partie de la guerre, d'octobre 1939 à mai 1940, j'ai pu utiliser encore largement les infiltrations analgésiques, dans l'important service de traumatologie que je dirigeais à l'Hôpital Royalieu de Compiègne, et ce sont les réflexions que j'ai pu faire sur cette méthode féconde, que je voudrais exposer, puisque mon expérience porte sur plus d'un millier de cas bien observés.

L'infiltration analgésique se fait :

soit : *au niveau des capsules articulaires et des points douloureux* ;
soit : *au niveau des ganglions sympathiques* ;
soit : *au niveau des troubles* ;
soit : *au niveau des troncs artériels.*

Chacune de ces méthodes répond à des indications différentes et c'est en sachant porter l'anesthésique où il le faut, qu'on obtient avec l'infiltration des résultats indiscutables.

***

L'infiltration de la capsule articulaire et de ses ligaments est la forme la plus usitée, elle a permis de mobiliser et de récupérer la fonction d'articulations atteintes d'entorse, avec une majorité de succès indiscutables, et c'est ce qui fait qu'en quelques mois, elle a connu une fortune rapide, trop rapide peut-être, car on ne lui a pas pardonné les échecs, même lorsqu'ils étaient le fait d'une technique un peu fantaisiste ou d'un anesthésique mal choisi ou mal dosé.

Les échecs sont réels, il y a des malades qui ne sont pas améliorés, qui ne marchent pas aussitôt, mais à côté d'eux, il y a les succès complets que nous avons tous observés et qui font que toujours, avant d'essayer un autre traitement des entorses, on a intérêt à voir ce que donne l'infiltration correctement faite. La précaution souvent conseillée, avant d'infiltrer, de faire évacuer l'hématome, favorise l'action de la novocaïne sur la capsule et ses ligaments, et je n'aurai garde d'y manquer.

Les résultats obtenus, les statistiques des succès ne signifient rien ; depuis qu'elle est utilisée par les médecins, chacun de nous a pu se faire une opinion personnelle et ce ne sont point les chiffres que je pourrais produire, qui modifieront en quoi que ce soit des positions pour ou contre, qui sont d'ailleurs maintenant fortement établies.

Je m'arrêterai plus longuement, sur les lésions articulaires chroniques, douloureuses depuis longtemps, car là, par ma spécialisation même, j'en ai vu plus que beaucoup d'autres, et je tiens l'infiltration analgésique pour un moyen excellent de se renseigner sur la nature exacte de la douleur articulaire et d'en tirer des enseignements, suivant que le malade est soulagé ou non par l'infiltration de la capsule articulaire.

Parmi toutes les lésions chroniques, j'ai, il y a pas mal d'années, publié dans la *Presse médicale*, les premiers cas d'*épicondylite humérale* ainsi traités ; depuis cette publication, j'en ai vu beaucoup, et si la plupart ont été guéris, même sur des confrères qui en étaient atteints, les échecs ont été pour moi des enseignements.

C'est ainsi qu'une épicondylite rebelle, que je traitais à l'Hôpital-Ecole et qui résista au désir que j'avais de l'améliorer, se révéla au bout de quelques mois, comme une tuberculose du coude de la partie condylienne de l'humérus.

Il est évident que si cette malade n'avait point été suivie, nous portions le cas au compte « échec dans l'épicondylite ».

Là encore, je crois que l'infiltration est le traitement à essayer avant tout autre et que l'échec même, au lieu de vous faire jeter seringue et aiguille, doit vous inciter à serrer le cas de plus près et à voir si derrière le symptôme principal, ne se masque point une lésion insoupçonnée.

Dans les rhumatismes chroniques, je n'ai point obtenu de résultats bien probants avec les infiltrations des capsules. Je crois pouvoir expliquer le fait, par la manière dont souffrent les rhumatisants chroniques. Presque toujours chez eux, la lésion a été d'abord synoviale, c'est par l'intérieur de son articulation que le rhumatisant commence à souffrir ; peu à peu la cavité synoviale se rétrécit, diminue, se sclérose, alors que des modifications des extrémités osseuses se produisent, et occupent, dans la cavité articulaire diminuée, une place exubérante. Ces vérifications, il est facile de les faire chez l'homme, en particulier au genou ; lorsque l'on opère des rhumatisants chroniques, on retrouve la même chose à la hanche, et enfin en pathologie comparée, chez le cheval, ainsi que le regretté Professeur Panisset me l'avait montré à l'école vétérinaire d'Alfort.

On conçoit que, devant ces lésions, une infiltration de l'extérieur de la capsule soit sans effet, que tous les échecs enregistrés ne portent aucunement atteinte à une méthode qu'il ne faut pas appliquer à tout et à tous, comme une panacée.

Je crois que l'infiltration de la capsule est particulièrement indiquée dans les lésions articulaires, ou plutôt les douleurs articulaires, où la radiologie ne montre aucune altération du squelette.

Les indications précises sont difficiles à limiter et je citerai en exemple aux amateurs d'histoires cliniques, l'anecdote suivante :

« Il y a cinq ans, j'étais appelé un jour, par un de mes meilleurs amis, chirurgien lui aussi, qui m'appelait devant l'insistance que mettait sa femme à vouloir me consulter. Tous deux m'expliquèrent que *depuis trois ans*, à la suite d'un faux pas, la jeune femme souffrait, que les douleurs arrivaient à l'empêcher de se chausser, de marcher, et qu'elle, jadis bonne marcheuse, hésitait à bouger. Naturellement, au hasard de ses voyages, elle avait consulté les uns et les autres, pris des bains, fait des cures, sans en être le moins du monde améliorée. Des radiographies faites ne montraient absolument rien, pas même la décalcification si fréquente et le mari avait une tendance à croire que son épouse exagérait ses douleurs. A l'examen clinique du pied en regardant bien de dos, les deux dépressions juxtatendineuses droite et gauche, on pouvait remarquer une légère différence en arrière de la malléole externe et à la palpation, on trouvait un peu moins de souplesse du côté malade.

Ce fut ce signe clinique qui me décida à essayer une infiltration des ligaments péronés astragaliens en particulier du péronée astragalien postérieur horizontal avec 10 c. c. de novocaïne à 1 %.

J'avoue que je le faisais sans grande conviction et je ne m'en cachais ni au mari, ni à la femme qui, elle, insistait pour être infiltrée.

Je suis encore stupéfait, à 5 ans de distance, du succès complet qui fut immédiat et qui persiste encore. »

. . . .

Cet exemple pris entre tant d'autres m'a souvent déterminé, quand je me trouvais en présence d'une articlation douloureuse sans raison et après avoir éliminé toutes les causes possibles, d'en arriver à cet *ultima ratio*, dont l'effet peut être efficace là où tant a échoué.

L'infiltration analgésique dans les foyers de fractures anciennes, qui sont le siège de réactions fibreuses, doit être essayée chaque fois que les malades accusent des douleurs persistantes sans causes explicables, soit au niveau du foyer lui-même, soit irradiées autour du foyer.

On observe ces crises douloureuses surtout à la face, après les fractures du nez ou de l'os malaire et ces phénomènes se traduisent par de la céphalée, des névralgies qui deviennent insupportables et obligent ceux qui en souffrent à l'aspirine continuelle.

J'ai, à maintes reprises, obtenu une cessation ou une atténuation importante de ces douleurs par l'infiltration du foyer.

A Royalieu, nous avons infiltré au moment de l'incorporation du contingent, quantité de fractures anciennes douloureuses, avec des résultats variables, suivant leur siège et leur date de consolidation.

Les fractures du massif facial, celles des phalanges, des métacarpiens, des côtes semblent les plus sensibles au traitement ; par contre, celles des os longs, ne semblent peu ou pas influencées ; sur les consolidations lentes à se faire, sur les cals mous, l'infiltration *in situ* agissait avec efficacité.

Ainsi, quantité de lésions chroniques, d'origine traumatique ou non, sont sensibles à l'action de la novocaïne *in situ* ; mais, s'il en est qui restent insensibles à cette action locale, il faut savoir qu'elles peuvent être atteintes par l'infiltration analgésique du ganglion sympathique correspondant.

***

L'infiltration des ganglions du sympathique peut se faire en tous les points des chaînes cervicale, dorsale et lombaire ; à cause des difficultés de repérage, elle se fait le plus souvent à deux niveaux.

à la base du cou où l'on atteint le ganglion étoilé cervico-dorsal;

aux lombes, où l'on atteint le gros ganglion lombaire.

Si c'est en ces deux points, qu'il est facile d'atteindre la chaîne sympathique, il faut se rendre compte que ces deux ganglions ont des territoires limités et que pratiquer leur infiltration, comme je l'ai vu quelquefois faire, pour des troubles qui siègent en dehors de leur zone d'influence, est une pratique à condamner.

Le ganglion stellaire tient dans son domaine le cou, le membre supérieur, une partie du thorax, je n'ai pas l'impression que son infiltration soit bien efficace pour les lésions du segment céphalique et je crois que, pour la tête, il est préférable d'agir sur le premier ganglion dont le pôle supérieur répond au trou déchiré postérieur.

Le ganglion lombaire répond à l'abdomen, au bassin, à la hanche et au membre inférieur, sans qu'on puisse bien préciser à quel niveau l'action s'arrête.

Ce sont, comme on le voit, des zones d'influence fort étendues et où il est aisé de préciser :

par le syndrome de Claude Bernard Horner, pour le ganglion étoilé ;

par l'oscillométrie de la fémorale, pour le ganglion lombaire si l'infiltration a bien pénétré jusqu'au ganglion.

Ce sont des contrôles nécessaires, car dans ces piqûres, où la pointe de l'aiguille est aveugle, il peut y avoir des ratés.

Avec un peu d'habitude, les ratés ne sont plus le fait de l'opérateur, (c'est justement là où le contrôle est utile), mais le fait de dispositions anatomiques, qui font que la pointe de l'aiguille étant en bonne place n'atteint pas de ganglion, parce qu'il n'y en a point. La dissection montre qu'il y a des dispositions variées, surtout à la région lombaire et, c'est en le sachant et en s'en rendant compte, qu'on pourra essayer d'atteindre en un autre point, un autre renflement nerveux.

Dans quantité de séquelles douloureuses post-traumatiques, siégeant au membre supérieur, l'infiltration stellaire est efficace. Nous en avons fait des centaines avec des résultats excellents. L'infiltration ganglionnaire a pour effet immédiat de faire tomber les contractures, de permettre au blessé une mobilisation plus aisée du membre traumatisé ou fracturé et ainsi de lui faire pratiquer cette mobilisation active, qui est la *mobilisation efficace* et que jamais la *mobilisation passive* par massage ne parviendra à remplacer.

Nous pensons que si, quinze jours après sa consolidation, une fracture du membre supérieur laisse un bras lourd, impotent, violet, œdématié il y a intérêt à faire une infiltration stellaire et à faire faire au malade, des mouvements actifs.

On éviterait par cette pratique, et surtout en matière d'accidents du travail, les impotences qui suivent de bonnes consolidations vérifiées à la radio et qui, du fait du non fonctionnement du membre, installent un état de maladie circulatoire locale, dont le blessé a quelquefois bien du mal à se guérir complètement.

L'infiltration du ganglion stellaire ne nous a pas paru agir bien efficacement sur les lésions chroniques douloureuses de l'articulation de l'épaule, qu'il s'agisse d'arthrites vraies, ou de périarthrites plus fréquentes.

Il en est de même à la main où les ostéoporoses post-traumatiques qu'il est possible d'atteindre plus efficacement d'une autre manière, semblent médiocrement influencées par l'action sur le ganglion.

Ces résultats de l'expérience sont utiles à connaître, pour éviter des déboires et des échecs, qui n'ont d'autres causes que des dispositions anatomiques de l'arbre neuro-végétatif.

Ces réflexions sont valables pour le ganglion lombaire, dont le domaine de prédilection reste le bassin, la hanche et surtout la région haute du membre inférieur.

L'action anesthésiante sur le ganglion a pour effet immédiat de faire tomber les contractures et de supprimer leurs effets douloureux.

J'ai été le premier, je crois, à utiliser et à publier les résultats de l'infiltration lombaire *dans le traitement de la coxarthrie.*

Le praticien et le rhumatologue disposent là d'un moyen, simple et efficace, pour améliorer momentanément, mais d'une façon appréciable et immédiate, une forme particulièrement pénible du rhumatisme chronique.

C'est devant l'évidence des résultats obtenus par mes premières infiltrations lombaires, dans le service de Dausset, sur des malades quasi-impotentes que je me suis rendu compte de la valeur thérapeutique de ce procédé, devenu classique maintenant.

J'ai utilisé l'infiltration lombaire chez les enfants, en particulier dans la maladie de Little ; il y a là un complexe qui fait que l'action de l'anesthésie ganglionnaire est insuffisante, pour obtenir un résultat équivalent à celui que donnent les ténotomies ou les sections nerveuses.

Plus on observe les faits, plus on se rend compte de la place que prennent les infiltrations du stellaire ou du ganglion lombaire, dans la pratique courante, et on en arrive à les pratiquer de plus en plus pour les cas les plus divers.

***

L'*injection périartérielle ou intra-artérielle* est la façon encore la moins répandue d'atteindre le sympathique et cependant, les résultats qu'on en obtient méritent d'être retenus et encouragent à persévérer dans cette voie.

Je les utilise depuis des années et en général, comme je l'ai déjà publié, dans les cas où je ne puis atteindre la lésion, par une anesthésie du ganglion.

C'est ainsi qu'il y a cinq ans, j'ai pu par des injections de 10 c. c. faites dans l'humérale, au pli du coude, guérir entièrement, en redonnant au poignet tous ses mouvements, une arthrite avec ostéoporose du carpe et ankylose fonctionnelle.

L'infiltration par injection de l'humérale est un procédé excellent, pour toutes les lésions chroniques douloureuses de l'avant-bras, de la main et des doigts, ainsi que pour les séquelles de fractures si fréquentes dans cette région, où les réductions sont souvent imparfaites.

On est limité dans l'emploi de ces injections, par le respect des gros vaisseaux et il est certain qu'on pique plus volontiers une humérale qu'une carotide ou une sous-clavière.

Cependant, il est permis de se demander si, par des actions sur ces troncs artériels importants, on n'agirait point sur les séquelles douloureuses des hémiplégiques, sur des névralgies faciales et autres lésions, pour lesquelles on n'hésite cependant point à recourir à des interventions graves.

J'ai infiltré avec un succès durable, un blessé de la guerre de 1914, qui avait été trépané et présentait une hépiplégie gauche, avec contractures douloureuses du membre supérieur.

Je lui ai fait à huit jours d'intervalle et à deux reprises, une injection dans l'humêrale au bras, de 15 centimètres cubes de novocaïne à 1 /2 % et les contractures douloureuses ont été supprimées d'une façon totale. A la veille de la guerre, il était infiltré depuis plus d'un an et les troubles ne s'étaient point reproduits.

Le résultat le plus intéressant des injections intra-artérielles m'a été donné dans le cas clinique suivant que je voudrais décrire, plus complètement.

Il y a quelques années, j'étais appelé en banlieue auprès d'une jeune femme d'une trentaine d'années, qui gardait le lit depuit dix-huit mois. Son martyre commençait avec une opération d'appendicite à froid, qui avait été suivie d'une phlébite de la jambe *gauche*. Immobilisée pour cette phlébite, elle avait vu survenir par la suite une arthrite du genou, avec hydarthrose, puis une série de troubles trophiques du membre atteint, amaigrissement, atrophie, troubles cutanés, chute des ongles, ankylose des orteils, puis du cou de pied, et on me faisait venir pour voir avec son médecin traitant, si par des résections, il ne serait pas possible de la faire tenir debout.

Sans avoir de radiographies, il était bien évident qu'il ne pouvait être question d'opérer quoi que ce soit ; il y avait un état d'ostéoporose douloureuse de tout le membre, des troubles cutanés étendus et il me paraissait qu'une sympathectomie haute, sur l'iliaque, pourrait amener un changement à cet état. Le souvenir de l'appendicite à froid me rendait prudent et je proposais une série d'injections de 20 c. c. de novocaïne à 1 % dans la fémorale à l'anneau. Me méfiant de la bonne perméabilité de l'artère, je conseillais en même temps des petites injections de novocaïne périartérielles derrière la malléole tibiale. J'indiquais le traitement au confrère qui m'avait appelé et, le moment des grandes vacances venu, je perdais de vue la malade.

Je la revis en novembre suivant transformée et debout, les troubles trophiques avaient disparu, la peau était normale, les doigts de pied pouvant se mobiliser, les suppurations péringuéales avaient cessé, certes le genou restait ankylosé, la hanche raide, les muscles atrophiés, mais la transformation n'en était pas moins surprenante et l'action des injections intra-artérielles efficace.

J'attache à l'action de l'injection intra-artérielle ou, lorsqu'elle est impossible, à l'injection péri-artérielle un grand intérêt thérapeutique : c'est le moyen d'atteindre des territoires, qui échappent aux infiltrations lombaires ou stellaires et ce sont des moyens inoffensifs, lorsqu'on s'est assuré que le produit que l'on injecte est de qualité, et exempt d'adrénaline ou de surrénaline, ce qui n'est pas rare.

On se heurte parfois au cours de ces manœuvres à des altérations artérielles, telles que des oblitérations à peu près complètes et j'ai le souvenir d'un malade auquel, dans la fémorale dénudée, il me fut impossible de pousser la moindre injection, l'artère était oblitérée sur une hauteur de plus de 5 centimètres, comme je le constatais plus tard en la réséquant.

***

Dans cette rapide revue, j'ai successivement étudié les moyens utilisés actuellement pour porter l'anesthésie sur les terminaisons sympathiques et essayer de soulager les douleurs, dont nous nous expliquons encore mal la cause.

Il est certain que ces techniques en amenant des guérisons ont apporté quelques précisions à nos connaissances sur les causes des douleurs, sur le rôle du traumatisme dans la genèse de troubles qu'on n'osait pas, jusque-là, lui attribuer et les faits nouveaux, que nous apporte l'expérience, enrichissent un peu plus nos connaissances.

« A qui souffre sans raisons explicables, offrons le secours de notre infiltration ». Observons ce qui se passe, gardons-nous de conclure trop hâtivement et remercions le Professeur Leriche d'avoir su se pencher avec tant de sagacité sur ces algiques que trop souvent à l'hôpital ou en clientèle nous qualifions de nerveux sans intérêt, alors qu'ils en ont tant.

ALLONS-NOUS VOIR DES CAS DE BOTULISME ?

Par Georges Boudin

Médecin assistant à l'hospice de Bicêtre

Les difficultés présentes favorisent les intoxications alimentaires ; nous même avons pu observer cet été un groupe de vingt personnes, dont les troubles provoqués par un thon frais faisaient penser à un choc histaminique expérimental.

La multiplication des conserves familiales doivent-elles nous faire envisager pour cet hiver la possibilité de cas de botulisme ? C'est une hypothèse plausible, et c'est pourquoi, il nous a paru intéressant d'étudier cette forme particulière d'intoxication alimentaire.

***

On sait que n'importe quel aliment peut entraîner des troubles pathologiques plus ou moins graves par des mécanismes divers ; sans parler des *régimes carencés facteurs d'avitaminose*, on distingue :

1° *Des toxi-infections alimentaires* entraînant des empoisonnements à forme gastro-intestinale, souvent d'allure typhoïde, dont la nature infectieuse est montrée par la présence d'un microbe voisin du paratyphique B, et appartenant au groupe des salmonelloses ;

2° *Des intoxications alimentaires* plus purement toxiques, quel'on divise avec Loeper et ses élèves en :

a) *Intoxication par aliments supposés sains*, facteurs de troubles que l'on classe selon les écoles dans l'idiosyncrasie, l'anaphylaxie ou l'intolérance. Loeper a montré le rôle de l'intoxication chimique par formation en quantité anormale dans l'organisme d'acides gras et surtout d'acides aminés, en particulier d'histamine. C'est dans ce groupe que se range l'observation du groupe de vingt personnes que nous avons observé cet été ;

b) *Intoxication par aliments vénéneux*, doués d'une toxicité intrinsèque vraie, habituellement spécifique, et dont les plus caractéristiques sont l'intoxication fongique et l'intoxication botulique.

L'intoxication par les champignons est rare, mais chaque automne en apporte toujours quelques cas parfois dramatiques.

L'intoxication botulique est encore plus rare puisque, selon André Lemaire, on n'en compterait en vingt-cinq ans guère plus de 500 cas.

***

Le botulisme est connu depuis fort longtemps dans des pays comme l'Allemagne sous l'aspect d'une maladie très spéciale, faite avant tout de paralysies, et consécutive à l'ingestion de saucisses ou de boudin (botulus). Van Ermengen montra en 1896 que ces accidents étaient dus aux toxines d'une bactérie spécifique, le bacillus botulinus. C'est ainsi une maladie qui se classe, du point de vue physiopathologique, à côté du tétanos et de la diphtérie.

Le bacille botulique se développe dans les aliments de conserve mal préparés, insuffisamment stérilisés, conserves de viande, charcuterie, pâtés de viandes, ou de gibier, conserves de poissons et même de légumes (épinards, haricots, choucroute). La conserve toxique prend à l'ouverture une odeur de beurre rance.

C'est un batonnet qui prend le Gram, souvent terminé par une spore ; strictement anaérobie, il est virulent non par lui-même mais par une *toxine soluble neurotrope*, extrêmement active ; elle se développe lentement, ne commençant qu'à partir du septième jour, se produisant à la température optima de 26° ; elle résiste au suc gastrique, mais est détruite en quelques minutes à 100°. On distingue deux types de bacilles, A et B ; leurs spores sont très résistantes, non détruites à des températures élevées (120° pendant dix minutes). On a pu préparer une anatoxine et un sérum spécifiques.

Cliniquement le botulisme donne un tableau de *polynévrite sévère*, atteignant surtout les nerfs craniens, mais pouvant s'étendre et réaliser une polynévrite généralisée, et entraîner la mort dans un bon nombre de cas par paralysie respiratoire ou syncope cardiaque. Il apparaît par *petites épidémies*, en rapport avec le nombre de personnes qui ont mangé l'aliment avarié.

Son début est progressif. Après une incubation latente variable de quelques heures à plusieurs jours, deux ou trois en général, apparaît une sensation de malaise indéfinissable avec asthénie intense et croissante ; des troubles digestifs

banaux font vite place à une *constipation opiniâtre avec météorisme abdominal*, différant ainsi des troubles diarrhéiques des toxi-infections alimentaires plus courantes.

Les troubles nerveux apparaissent au bout de quelques jours. Les plus fréquents sont *les paralysies des nerfs craniens*, en particulier *les paralysies oculaires*. La malade présente des troubles oculaires variables, amblyopie, diplopie, strabisme, ptosis, réalisant une ophtalmoplégie plus ou moins complète qui, dans certains cas, peut être totale. La musculature intrinsèque est également touchée, il existe une mydriase intense et fixe qui éveille l'idée d'une intoxication par l'atropine. Les réflexes pupillaires sont abolis. Ces troubles sont uni ou bilatéraux, symétriques ou prédominant d'un côté entraînant alors une inégalité pupillaire.

Un autre groupe de symptômes est constitué par des *accidents bucco-pharyngés*. Il est classique d'insister sur la sécheresse de la bouche et de la gorge, par diminution de la sécrétion salivaire ; la muqueuse buccale est rouge, luisante en miroir ; il s'y ajoute une sécheresse des fosses nasales.

A côté de cette sécheresse muqueuse existent des troubles traduisant l'atteinte paralytique du voile, du larynx et du pharynx. La dysphagie est constante, rendant pénible toute tentative d'alimentation. La voix est rauque ou même aphone, on peut voir une abolition du réflexe du voile et une hypoesthésie pharyngée.

L'atteinte des membres est plus rare et ne se voit que dans les formes très sévères, généralisées. Elle se traduit par une abolition des réflexes tendineux, avec hypotonie musculaire et parésie diffuse.

L'état général est toujours sérieusement atteint : l'asthénie est profonde, le pouls ralenti et faible, les urines rares ; la température est normale ou même en hypothermie ; il existe de l'insomnie ; l'intelligence reste intacte.

L'évolution du botulisme est variable, toujours sévère. Le traitement par la sérothérapie et l'anatoxine spécifiques augmente les cas de guérison ; on voit les troubles disparaître progressivement, en particulier la dysphagie ; les troubles oculaires sont les plus persistants, surtout ceux de l'accomodation. La mort est fréquente pouvant en l'absence de traitement spécifique atteindre 70 pour cent des cas dans certaines épidémies ; elle peut survenir d'une façon foudroyante en quelques heures ; elle survient plus souvent après quelques jours d'évolution, en général une à deux semaines, au cours desquels on constate l'extension des paralysies, l'aggravation progressive de l'état général avec une asthénie qui confine au coma ; la mort survient dans un tableau d'asphyxie progressive traduisant la paralysie respiratoire, ou par syncope brusque ; elle est plus rarement le fait de complications, pneumonie de déglutition ou angine ulcéro-nécrotique.

Diagnostiquer le botulisme est difficile en l'absence de la notion épidémique. La mydriase, la sécheresse de la bouche font penser à l'intoxication par la belladone, les paralysies oculaires et vélopharyngées à la polynévrite diphtérique ou surtout, en raison des accidents oculaires, à l'encéphalite épidémique dont les premiers cas observés en Angleterre furent rapportés au botulisme. L'allure clinique si spéciale de la maladie permet cependant de penser au diagnostic, l'enquête étiologique toujours délicate à interpréter montrera le rôle pathogène d'une conserve alimentaire dans laquelle on peut, comme dans une observation de Gilbert Dreyfus et Ravina, mettre en évidence le bacille, ou dans d'autres cas, le rôle nocif d'un charcutier, d'un pâtissier dont la crême ou les produits ont pu être à l'origine de véritables petites épidémies.

Le traitement du botulisme doit être spécifique par la séro-anatoxithérapie. Le sérum antibotulique et l'anatoxine botulique actuellement dans le commerce sont un mélange provenant des deux souches A et B. On injecte d'abord un demi c. c. d'anatoxine, puis une heure après 20 à 40 c. c. de sérum antibotulique sous-cutané.

On continue le sérum les jours suivants jusqu'à la disparition des symptômes. Au huitième jour, on refait une injection d'un c. c. d'anatoxine. Gilbert Dreyfus et Ravina ont obtenu par cette méthode la guérison de deux cas en quelques jours.

On complètera ce traitement spécifique par l'emploi de toni-cardiaques ; les narcotiques ont une action favorable analogue à celle qu'ils possèdent sur le tétanos. Philibert et Bidault recommandent des lavages d'estomac à l'huile d'olive, on peut injecter dans les muscles de l'huile cholestérinée, les corps gras fixant ou neutralisant la toxine. Edmunds et Long préconisent l'ésérine qui s'opposerait aux effets curarisants du botulisme.

Il faut à l'heure actuelle insister sur les *mesures préventives* contre le botulisme. On doit se méfier des conserves familiales insuffisamment stérilisées et maintenues dans des placards où la température optima de 26° favorise le développement de la toxine botulique ; elles ne doivent pas à leur ouverture avoir une odeur caractéristique de beurre rance, on devra de toutes façons faire, recuire l'aliment à 100° pendant plusieurs minutes pour tuer toute toxine possible.

TRAITEMENT DES TUBERCULOSES EXTERNES ET DES RHUMATISMES CHRONIQUES PAR LES INJECTIONS INTRA-VEINEUSES D'HUILE DE FOIE DE MORUE

Par Léon-Georges CUGNET,
Interne des Asiles Nationaux
Aide-assistant d'Histologie à la Faculté de médecine de Paris

(*Suite et fin*) (1)

TECHNIQUE. — Très simple. Choisir une huile de foie de morue blonde de bonne marque, de préférence extraite à froid et par le vide. Aspirer cette huile avec une seringue stérile à même le flacon qui la contient ; (pour plus de commodité, verser une quantité d'huile suffisante, pour les injections qu'on veut faire, dans un petit récipient stérile plus pratique que le flacon du commerce). Pratiquer l'injection comme une intraveineuse ordinaire, assez lentement (quarante secondes environ pour 1 c. c.), avec une aiguille pas trop fine.

DOSES. — Première injection à 1/2 c. c., les suivantes à 3/4, 1, 1/2, 2 c. c. ou davantage suivant les réactions du malade et à raison de deux injections par semaine.

Pour le nettoyage du matériel, le mieux est l'eau savonneuse ; stérilisation ensuite comme d'habitude.

Les injections bien pratiquées dans les veines sont strictement indolores, et si par hasard un peu de liquide se trouvait injecté en dehors de la veine, il n'en résulterait qu'un léger picotement et une petite tuméfaction disparaissant en quelques jours.

La réaction ne commençant au minimum qu'une heure et demie après l'injection, le malade peut fort bien venir se faire faire celle-ci au cabinet du médecin ou à l'hôpital puis rentrer chez lui sans incident ; il est naturellement nécessaire de le prévenir de la « grippe artificielle » qu'il éprouvera, afin qu'il n'en soit pas effrayé et qu'il prenne ses dispositions en conséquence.

Sur les quelques mille piqûres que nous avons faites, nous n'avons jamais observé aucun accident. Des essais d'huile de foie de morue créosotée n'ont pas donné de résultats plus rapides, et avaient l'inconvénient de faire tousser les malades. Des essais avec un mélange à parties égales d'huile de foie de morue et d'huile de Chaulmoogra, ou contenant deux tiers d'huile de foie de morue, n'ont pas non plus donné de résultats meilleurs et avaient aussi l'inconvénient de faire tousser les malades, bien que nous fissions légèrement tiédir le mélange avant l'injection. Toutefois, nous signalons volontiers ce dernier mélange qui intéressera peut-être les médecins traitant des lépreux, car nous pensons qu'il ne modifie pas les qualités thérapeutiques de l'huile de Chaulmoogra, qu'il y ajoute celles, connues, des dérivés de l'huile de foie de morue dans le traitement de la lèpre, et qu'il rend l'injection intraveineuse de l'huile de Chaulmoogra beaucoup plus facile en fluidifiant complètement celle-ci, à condition toutefois de ramener le mélange à une température supérieure à 15°.

***

Quel est le mode d'action de l'huile de foie de morue en intra-veineuses ? A vrai dire, nous ne sommes pas très bien fixé à ce sujet.

Devant nos résultats sur les tuberculoses externes, nous pensions que notre idée première était bonne et que l'huile de foie de morue agissait en lysant d'abord la « cuirasse ciro-graisseuse » du bacille de Koch, puis en détruisant le corps bacillaire lui-même, probablement par l'iode qu'elle contient. La réaction focale, suivie d'une réaction générale, que nous attribuions à la libération dans l'organisme de toxines microbiennes provenant de la mort des bacilles de Koch, rendaient à notre esprit cette idée parfaitement logique ; d'autant que cette réaction générale, que nous avions observée sur nous-même qui avions fait sûrement une primo-infection tuberculeuse, nous ne la retrouvions pas chez notre animal d'expérience qui, lui, était certainement indemne de toute atteinte tuberculeuse.

Pour les rhumatismes chroniques pouvant être d'origine tuberculeuse, cette idée se soutenait encore très bien. Mais, pour les autres et pour les rhumatismes subaigus, et surtout pour les arthralgies séquelles de fractures, cette conception devenait peu défendable.

(1) Voir *Concours Médical*, nos 1-2, du 11 janvier 1942.

✦✦✦✦

L'huile de foie de morue, en dehors de cette action directe sur le bacille de Koch que nous avons exposée, agit-elle également sur le terrain par ses vitamines et ses complexes métalloïdo-organiques ? C'est très vraisemblable. Peut-être aussi en développant dans l'organisme des ferments lipasiques (N. Fiessinger). Et cette modification du terrain dans la tuberculose est-elle le point essentiel, comme d'ailleurs pour toutes les autres maladies, ainsi que l'affirment beaucoup ? C'est possible, et peut-être toutes ces causes agissent-elles à la fois. Il est possible aussi que, dans certains cas, nous réalisions un effet de choc, une sorte de pyrétothérapie, mais ce n'est certainement pas là l'effet essentiel, puisque quelques malades ont été guéris sans avoir fait pratiquement de réaction.

Certains diront que nous émettons-là des idées fort simplistes, guère moins simplistes, nous le reconnaissons nous-même, que celle d'un de nos rhumatisants, mécanicien de son métier, qui nous a dit un jour : « En somme, vous me faites un graissage Técalémit ! » Mais pour nous, praticiens qui voulons avant tout être pratiques, ce qui importe essentiellement, c'est de guérir ou de soulager le malade. Nous souhaitons que soient faites, par ceux dont c'est la spécialité, des recherches théoriques qui, nous l'espérons, amèneront de nouveaux résultats pratiques.

Quoi qu'il en soit, les résultats, que nous avons obtenus, et les hypothèses, que nous avons faites, nous ont conduit à poursuivre nos essais sur des maladies, où notre idée théorique primitive n'avait plus que faire, et avec des résultats plus ou moins nets, mais toujours favorables : gonorrhée chronique (sur les conseils de M. le médecin-capitaine Sigrist ; un cas, une guérison) ; *ostéomyélites*, staphylococcies, asthme, *bronchites chroniques*, abcès pulmonaires chroniques, cancer même, etc...

Contre-indications. — Nous ne voyons guère, en dehors des maladies aiguës et des fièvres éruptives en évolution, que les néphrites graves et les lésions cardiaques décompensées et peut-être la grossesse.



Conclusions. — De cette courte étude il résulte, comme le montrent de nombreux essais dont les premiers remontent déjà à 1938 :

1° que les injections intra-veineuses d'huile de foie de morue sont indolores et sans danger ;

2° qu'elles permettent d'obtenir la guérison, ou tout au moins une grande amélioration, au minimum la suppression des douleurs, dans les tuberculoses externes même très anciennes (traitement assez long) ;

3° qu'elles guérissent presque à coup sûr la plupart des rhumatismes subaigus et chroniques et beaucoup d'arthralgies (traitement très court en général) ;

4° que leur innocuité, mises à part les rares contre-indications mentionnées plus haut, permet toujours de faire l'essai de ce traitement facile et peu coûteux.

Enfin, cette nouvelle méthode thérapeutique nous paraît avoir un champ d'action, dont nous ne pouvons préciser les limites, et nous serions heureux que cet article conduise d'autres praticiens à de nouvelles applications pratiques.

Déjà, deux de nos amis entreprennent des essais sur le traitement des tuberculoses pulmonaires, d'après nos indications, par des injections intra-veineuses d'huile de foie de morue et par des injections intra-trachéales de 5 c.c. du même produit. Bien faites, ces dernières ne provoquent aucune toux, aucune réaction, si ce n'est une sorte d'euphorie respiratoire très appréciée des malades et que nous avons pu constater sur nous-même au cours d'une légère trachéo-bronchite. Elles ont déjà donné entre nos mains de grosses améliorations dans des suppurations pulmonaires chroniques. Elles réalisent, en même temps qu'un pansement microbicide et cicatrisant de l'épithélium pulmonaire, un nouveau mode d'absorption de l'huile de foie de morue.



LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

L'aspiration duodénale continue, son efficacité certaine en cas d'occlusion intestinale aiguë

L'aspiration continue gastro-duodénale offre le plus grand intérêt pour le praticien, même dans l'attente de l'acte chirurgical. Elle constitue un notable progrès dans le traitement de l'occlusion et de la paralysie intestinales, en général, de l'iléus paralytique, en particulier. C'est la *méthode de Wangensteen*, et Marc Iselin a eu le mérite de nous la faire connaître (1).

Jusqu'à ces temps derniers, on avait négligé, pour expliquer l'évolution mortelle de l'occlusion intestinale, le facteur mécanique de distension intestinale au profit de la théorie nerveuse, de la toxémie, ou des perturbations de l'équilibre aqueux et chloruré sodique. Or, il fut prouvé expérimentalement qu'un rôle important dans les accidents dits toxiques devait être attribué aux gaz et aux liquides déglutis, qui venaient provoquer, dans une proportion de plus des deux tiers, par leur abondance, une distension énorme, puis une véritable paralysie des dernières anses de l'intestin grêle. D'où l'idée d'établir, par une aspiration continue, l'évacuation des gaz et liquides déglutis, qui encombrent estomac et duodénum, ainsi que des gaz refoulés vers le duodénum par l'intestin sous-jacent distendu : on pourrait ainsi supprimer ou atténuer la distension du grêle ; de ce fait, on rétablit le péristaltisme et on dissipe le shock.

Rappelons, d'autre part, que P. Brocq (1) évalue, en pareil cas, la mortalité à 45 ou 60 pour 100, alors que la méthode de Wangensteen aboutit seulement à 14,7 pour 100, et même à 11,9 pour 100 en considérant l'aspiration duodénale continue soit comme traitement unique, soit comme traitement adjuvant de l'intervention. Naturellement, quel que soit le rôle capital joué par l'aspiration dans cet abaissement considérable de la mortalité, il faut faire la juste part des thérapeutiques associées (rechloruration, réhydratation, etc.)

L'Instrumentation et la technique (2)

Deux éléments : la sonde duodénale ; la source d'aspiration.

La *sonde duodénale* doit : 1° avoir un diamètre assez gros pour aspirer le contenu visqueux et trouble des anses occluses, mais tel que la sonde puisse passer par le nez (4 mm. 2/3 à 5 mm. 1/3) ; 2° avoir, pour cheminer plus facilement, une extrémité lestée (masse métallique ou olive d'Einhorn) ; 3° avoir des orifices, qui permettent l'aspiration totale et non la filtration du contenu du grêle. Les sondes moulées, en caoutchouc opaque aux rayons X, et repérées par des marques extérieures tous les 10 cent., sont les plus pratiques.

L'aspiration est obtenue par l'écoulement d'un bocal plein d'eau (cinq litres) suspendu renversé ,au moyen d'un tube de caoutchouc, dans un bocal placé plus bas. Le vide produit par cet écoulement est utilisé pour l'aspiration. Des pinces d'arrêt, type pince de Mohr, placées sur les tubes, permettent de régler le débit et de mesurer l'aspiration. Le vide doit être produit à l'extrémité du tube par une hauteur de 70 à 75 cm. (à mesurer entre le niveau du sol et le bocal plein d'eau) ; plus faible, la dépression serait peu efficace ; plus élevée, la muqueuse intestinale, aspirée, viendrait obstruer les trous de la sonde et pourrait s'y blesser. Un flacon intermédiaire entre la sonde et le bocal d'eau permet de recueillir au passage les liquides intestinaux. On peut trouver la source d'aspiration dans un simple ballon à sérum, muni de ses deux tubes en verre.

L'appareillage préparé, on introduit par la technique habituelle la sonde dans l'estomac et le duodénum ; puis on l'adapte au tube aspirateur, on ouvre et règle les pinces d'arrêt, et l'aspiration commence.

Quand le bocal supérieur s'est complètement vidé, on ferme le tube d'aspiration, on remet de l'eau, et l'on recommence. L'aspiration peut être maintenue sans aucun inconvénient pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que le ballonnement ait complètement disparu.

L'introduction de la sonde s'effectue au mieux sous le contrôle radioscopique ; un spasme du

(1) Mémoires de l'Académie de chirurgie, 7 août 1941.

(1) P. Brocq, M. Iselin, F. Eudel, *La Presse Médicale*, 17 juin 1941.

(2) P. Brocq et F. Eudel. *Journ. de Médecine et de Chirurgie pratiques*, novembre 1941.

pylore peut occasionner quelques difficultés. Une fois l'appareil en place, une surveillance étroite du malade s'impose, pour que l'aspiration se fasse bien, malgré l'état souvent visqueux et gluant des liquides aspirés, et que l'opération soit bien supportée.

Le tubage n'est pas dangereux en lui-même. On a pu lui reprocher l'éventualité de certains troubles physiologiques, consécutifs à l'évacuation de secrétions intestinales en grande quantité ; les uns portent sur les perturbations de l'équilibre aqueux et chloruré-sodique ; les autres concernent la diminution du taux des protéines. Il y aurait hypochlorémie avec alcalose achlorhydrique. On ne doit pas attendre, pour prévenir cette évolution, l'apparition des premiers signes de l'alcalose (cyanose, dyspnée, céphalée) ; il faut surveiller les chlores urinaires, au bout de quatre et cinq jours d'aspiration ; les malades, qui émettent au minimum chaque jour 800 à 1.000 c. c. d'urine, contenant au moins 3 grammes de chlorures (en Na Cl) sont à l'abri d'accidents, et l'administration quotidienne de 2.000 à 3.000 c. c. de sérum salé isotonique par voie intraveineuse suffit à enrayer l'alcalose achlorhydrique. D'autre part, pour éviter une hypoprotéinémie, cause d'œdèmes au niveau de la muqueuse intestinale, et susceptibles d'augmenter mécaniquement l'occlusion, on prescrira une ration convenablement azotée, et aussi vitaminée (B surtout) : nourriture uniquement liquide et condensée sous un petit volume, à la rigueur par voie rectale, mieux par la bouche, en interrompant alors l'aspiration pendant une à trois heures après chaque repas.

Principales indications de l'aspiration duodénale continue

Au cours des occlusions intestinales aiguës: Trois cas :

1° L'occlusion résulte d'obstacles mécaniques par étranglement interne, quelle que soit sa nature (début brutal ; crises de coliques douloureuses ; vomissements précoces ; arrêt rapide du péristaltisme ; point douloureux, fixe et permanent ; cicatrice d'une intervention abdominale). L'intervention opératoire reste formelle, alors même que l'aspiration semble aboutir à la guérison clinique.

2° Le diagnostic étiologique reste imprécis. Si on ne note pas la réapparition spontanée des gaz et des selles, et surtout si le pouls s'accélère avec élévation de la température, augmentation de la leucocytose sanguine, c'est que l'occlusion persiste : l'intervention s'impose, mais l'aspiration duodénale n'aura pas été inutile ; elle permettra d'opérer en ventre plat, au milieu d'anses grêles maintenant affaissées, avec un shock diminué, et le minimum de danger.

3° Il s'agit presque sûrement d'un iléus réflexe : exemple, par pelvipéritonite post-abortum. Ici l'indication de la méthode ne se discute pas.

Dans l'ileus paralytique post-opératoire, compris dans son sens le plus large. Il y a indication majeure dans ces cas, où l'expectation, armée de moyens anti-paralytiques ou antispasmodiques, hésite et conduit trop souvent au choix difficile entre l'iléostomie et la réintervention de libération. Souvent l'aspiration continue permettra de traverser sans encombre la période d'atonie intestinale, à peu près inévitable après certaines interventions graves ; d'autres fois, la réintervention ou l'iléostomie demeureront nécessaires, mais leur réalisation bénéficiera considérablement d'une amélioration locale et générale.

La distension gazeuse post-opératoire est-elle redoutée, il suffit de pousser la sonde dans l'estomac pour empêcher que l'air dégluti, qu'il est impossible d'éviter, ne parvienne dans l'intestin. De même, la méthode de Wangensteen évite la distension intestinale, offensante au premier chef, lors de sutures iléales, coliques ou iléocoliques ; pour soulager pareilles sutures, la sonde sera duodénale. Même garantie en chirurgie gastrique : perforations d'ulcus gastro-duodénaux ; la fistule duodénale, redoutable occurence dans les suites d'une gastrectomie, relève, elle aussi, de l'aspiration continue.

En *résumé*, il ne faut pas penser que, dans l'occlusion intestinale aiguë, cette méthode paraisse orientée vers la temporisation, alors qu'on est en pleine urgence. L'intubation constitue un des temps mêmes de l'action thérapeutique ; parfois, elle peut la constituer à elle seule ; ce qui importe, ce n'est pas la durée de l'aspiration duodénale, mais bien le temps écoulé entre le début de l'occlusion et l'application du traitement. On n'exigera pas de cette méthode plus qu'elle ne peut ; mais il faut convenir du progrès indiscutable qu'elle apporte.

G. Fischer.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Paravitaminoses et vitaminothérapie

G. MOURIQUAND établit, par la clinique et par l'expérimentation, qu'une avitaminose partielle étant donnée, celle-ci, après une période asymptomatique, inapparente, entraîne des manifestations progressives de carence. Pendant une partie de leur évolution, celles-ci restent éminemment sensibles à l'apport de la vitamine déficiente. Il s'agit de lésions réversibles. Mais, à mesure que le temps passe et qu'agit sur la nutrition (générale ou locale) la carence partielle, cette réversibilité décroit et tend peu à peu à disparaître, pour devenir irréversibilité partielle ou totale.

A des troubles ou lésions « spécifiques » d'avitaminose sensibles à la thérapeutique vitaminique se sont substitués des troubles ou lésions « aspécifiques » et celles-ci échappent à son action. Il s'agit alors de paravitaminose irréversible, qui s'oppose à la vitaminose réversible. Cette notion de paravitaminose se rapproche de celle introduite par A. Fournier en ce qui concerne la parasyphilis. Longtemps, en effet, les lésions ou troubles d'origine tréponémique restent sensibles à la médication spécifique ; puis lentement, tardivement, s'installent des troubles ou lésions qui, comme dans les paravitaminoses, échappent progressivement à cette médication, au point d'aboutir, eux aussi, à l'irréversibilité (*La Presse Médicale*, 18 octobre 1941).

Les hémorragies intra-oculaires récidivantes des jeunes sujets

Il s'agit là d'un syndrome clinique particulier. Les hémorragies plus ou moins abondantes inondent le corps vitré par poussées successives et atteignent habituellement les deux yeux, à intervalle variable. Celles-ci peuvent se résorber sans laisser de traces ; mais plus souvent elles aboutissent à un processus cicatriciel de rétinite proliférante, qui assombrit considérablement le pronostic visuel. Elles s'observent entre 10 et 35 ans, avec un maximum de fréquence vers 25 ans, et presque toujours chez des sujets du sexe masculin. Le début des accidents est, en général, soudain et se manifeste par une sensation de brouillard devant l'un des deux yeux, augmentant rapidement et pouvant aboutir en quelques heures à la cécité, avec glaucome et décollement de la rétine.

Après un exposé complet de cette question le Professeur E. TERRIEN conclut que, très fréquemment pareilles hémorragies sont d'origine tuberculeuse, qu'il s'agisse de tuberculose folliculaire primaire manifeste, d'origine pulmonaire ou autre, avec migration de bacilles, ou de tuberculose folliculaire et d'altération dues à des toxines venues d'un foyer plus ou moins torpide, siégeant en un point de l'économie (ganglions trachéo-bronchiques le plus souvent). Et si, malgré cette origine, le pronostic demeure assez souvent favorable, on ne saurait oublier que ces formes donnent lieu, peut-être plus fréquemment encore que les autres, aux organisations fibreuses et aux lésions de rétinite proliférante avec toutes les altérations visuelles qui en sont la conséquence. Dans tous les cas où il y aura lieu de soupçonner une origine tuberculeuse possible, on devra, semble-t-il, alors même que la résorption a été plus ou moins complète, laissant une acuité relativement bonne, ne pas porter un pronostic trop favorable, et réserver l'avenir. Il faudra instituer un traitement général longtemps suivi, des cures prolongées de repos, le séjour dans un air pur et éviter tout surmenage (*Journ. des Praticiens*, 4 et 11 octobre 1941).

Le diabète insipide syphilitique

MM. G. CARRIÈRE et GINESTE ont pu réunir sept cas de ce genre ; ils étaient nettement caractérisés par la clinique: anamnestiques, réactions biologiques positives, existence de stigmates (aortite, tabès, manifestations oculaires et autres), action heureuse du traitement spécifique.

Ces diabètes insipides syphilitiques peuvent être classés en quatre grandes catégories : *a*) polyurie syphilitique solitaire, qui obéit au traitement spécifique ; *b*) polyurie avec manifestations nerveuses de la syphilis : méningite syphilitique latente ; tabès ; paralysie générale ; troubles oculaires ; syndrome de tumeur cérébrale syphilitique ; syndromes hypophysaires di-encéphaliques ; troubles de la tension artérielle, etc. ; *c*) polyurie avec troubles généraux endocriniens, qu'explique parfaitement le rôle initial de l'hypophyse sur l'ensemble des glandes endocrines : note hypophysaire (acromégalie, gigantisme, infantilisme, etc.) ; note génitale (atrophie testiculaire, aménorrhée) ; note thyroïdienne (myxœdème fruste, frilosité, asthénie, etc.) ; *d*) polyurie associée à des manifestations viscérales de la syphilis (cardio-aortite, cirrhose syphilitique (*La Presse Médicale*, 11 octobre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Avortement thérapeutique. Droit. Morale. Religion

(M. BALTHAZARD ; 4-11-1941)

L'avortement thérapeutique a été pratiqué pour la première fois à la fin du XVIIIe siècle, en Angleterre, puis en Allemagne. En France, la première observation qui fut présentée à l'Académie de médecine date de 1827 et est due à Costa.

Après l'exposé historique, M. Balthazard montre les problèmes que soulève cette opération au point de vue du droit, de la morale, de la religion, et il en discute les indications. Il n'est plus question, aujourd'hui, d'y recourir pour les rétrécissements du bassin, la césarienne étant devenue une intervention anodine. La tuberculose comporte bien rarement l'obligation de procéder à l'avortement. Les vomissements incoercibles également. Pour les cardiopathies, une discussion récente dégage l'impression que les affections cardiaques n'imposent l'avortement que d'une façon exceptionnelle.

La communication de M. Balthazard est finalement renvoyée à une commission composée de MM. Bezançon, Hartmann, Sergent, Balthazard, Renault, Brouardel, Couvelaire, Laubry et Clerc.

Les maladies contagieuses pendant l'année 1940

(M. L. TANON ; 4-11-1941)

L'état sanitaire, en France, contrairement à ce que l'on aurait pu craindre, s'est maintenu bon, pendant l'année 1940.

Certains départements (Alpes-Maritimes, Gironde, Indre-et-Loire, Ain) ont présenté une recrudescence de fièvre typhoïde, mais dans la plupart des autres, dans la Seine en particulier, les cas ont été moins nombreux. La diphtérie a été de même en recrudescence dans quelques départements et en diminution dans d'autres.

La méningite cérébro-spinale a notablement diminué, sauf dans les localités où se trouvaient des troupes indigènes. Spirochétose, poliomyélite sont restées rares. La mélitococcie également. Il y a eu quelques épidémies, localisées, de dysenterie.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Action clinique du sulfathiazol sur les staphylococcies

(M. MENEGAUX et Mlle STALHAND ; 18-6-1941)

L'action des sulfamides s'est montrée moins nette sur le staphylocoque que sur d'autres microbes. Toutefois, les nouvelles séries de sulfamides, avec noyau thiazol, paraissent agir plus efficacement contre ce germe. M. Menegaux rapporte 25 observations de furoncles et anthrax ayant guéri rapidement après administration de p-amino-phényl-sulfamidothiazol, 2090 R P, ou sulfathiazol. Les doses doivent être fortes d'emblée (7 grammes les deux premiers jours, puis 5 grammes, puis 4 grammes) et le traitement continué un temps suffisant. Le médicament, même à ces doses fortes, est généralement bien toléré. Il détermine cependant assez généralement un certain degré d'asthénie et il faut mettre le malade au lit pendant le traitement.

P. L.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Plan d'expérimentation pour la cancérisation de l'animal

(M. CATHELIN ; 14-10-1941)

L'auteur s'est préoccupé de trouver une bonne méthode, qui permette d'abord de faire l'inoculation, à coup sûr, et cela chez d'autres espèces animales que le rat ou la souris, qui sont trop aptes à contracter le cancer spontané. On conseille le chien, le lapin ou le cobaye. Il faut donc chercher les conditions les meilleures en dehors de la méthode des greffes, qui rendraient l'animal réceptible, en dehors aussi de celle des injections de trituration en masse, et des injections de culture de tissu cancéreux sur pomme de terre, bouillon, gélose, sérum.

Il s'agit maintenant d'une méthode nouvelle, qui semble pleine d'avenir. Après maintes expériences, F. Cathelin s'est arrêté au bouillon de ganglions, auquel il faut ajouter du sucre, cause favorisante. C'est une véritable culture de tissus malades. La tumeur originelle doit être très fraîche, et la mise en culture doit succéder de quelques minutes à une heure au plus à l'extraction chirurgicale. Au bout d'un séjour à l'étuve à 37°5-38° durant six à dix jours environ, on injectera ce bouillon transformé, renfermant les toxines cancéreuses, non pas sous la peau, ni dans le système vasculaire, mais exclusivement dans le système lymphatique de l'animal, en particulier dans les ganglions des aines et des aisselles. C'est là une condition essentielle. L'injection doit être faite préférentiellement dans le groupe lymphatique qui est celui de l'organe lésé.

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'ORGANISATION PRATIQUE DE LA MÉDECINE RURALE

Par le Docteur Fernand Decourt

I. — Réunion d'une « Commission d'Experts », à Genève en 1931

On a trop tendance aujourd'hui à vouloir « faire du neuf » à tout prix, sans s'occuper assez des travaux antérieurs. Aussi arrive-t-il, parfois, ou bien que l'on décore du nom de « progrès social » des dispositions déjà établies depuis longtemps, ou bien qu'on prenne des décisions importantes, sans en avoir suffisamment étudié les répercussions inévitables, lesquelles avaient été déjà signalées auparavant... Le vin du meilleur crû doit avoir un certain temps de bouteille pour donner toute sa saveur et acquérir toute sa valeur. Il en est de même de certaines dispositions sociales et, pour ce qui nous concerne, de certaines réformes en médecine professionnelle ou sociale.

On a vu de ces dispositions, de ces réformes, ayant insuffisamment « de bouteille », *faute d'avoir consulté les travaux antérieurs*, qui ont dû, sous la leçon inexorable de l'expérience, être remises sur le tapis. On a même vu réformer des réformes établies seulement quelques mois auparavant.....

Au sujet de l'organisation pratique de la médecine rurale, il nous a donc paru intéressant de donner quelques aperçus de *discussions internationales* qui eurent lieu, sur ce sujet précis, dans une « *Commission d'experts* » où nous eûmes l'honneur de représenter le médecin praticien français.

Nous ne parlerons pas ici de la « *Résolution* votée par la *Conférence d'hygiène de Dresde*, en juillet 1930, ni même de la *Conférence sur les centres de santé ruraux de Budapesth*, en octobre 1930, réunie à la suite d'une convocation du Comité d'hygiène de la Société des Nations. Il s'agissait là plutôt d'hygiène générale et non de *soins* aux malades de la campagne. Quant à la *Commission d'experts* qui, sur convocation du même Comité d'hygiène de la S. D. N., se tint à Genève du 9 au 12 mars 1931, on va voir que, là encore, il sembla s'agir au début plutôt d'hygiène générale que de médecine pratique. Chaque pays était représenté, en principe, par trois délégués : 1° l'un représentant le gouvernement de son pays ; 2° l'autre les Caisses-maladie rurales et 3° un autre les médecins praticiens qui, pour la première fois étaient représentés, officiellement, à la suite de démarches répétées de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.).

Les travaux de cette Commission d'experts ne durèrent pas moins de quatre jours, à raison de deux longues séances chaque jour. Il était entendu que l'on prenait comme base de discussion le *Memorandum* préparé spécialement pour cette Commission par la Section d'hygiène de la S. D. N. Mais ceux qui avaient étudié auparavant ce memorandum pouvaient aisément s'apercevoir combien, — en médecine rurale — le rôle du médecin praticien avait subi une fâcheuse éclipse. On n'y parlait plus que d'hygiénistes, d' « ingénieurs sanitaires » (*sic*), de dispensaires, d'infirmières visiteuses, etc... Seule, en somme, la PROPHYLAXIE, sous l'angle de l'hygiène, y était envisagée.

Aussi, dès le premier jour, pensâmes-nous indispensable d'intervenir personnellement sur ce point. Nous fîmes donc remarquer qu'on négligeait par trop le second aspect du problème sanitaire rural : la THÉRAPEUTIQUE, le traitement des affections aiguës en particulier. Un malade rural atteint d'asystolie, de coliques hépatiques, d'une hernie étranglée ou de toute autre affection chirurgicale à intervention urgente, a bien plus besoin d'une thérapeutique rapide et efficace ou d'une opération immédiate que de prophylaxie, si savante qu'elle soit. A côté des *hygiénistes* — et sur le même plan — il fallait donc placer, en médecine rurale, le *médecin praticien*. De même les *Dispensaires* « devaient être considérés comme le prolongement du cabinet du médecin praticien pour tout ce que celui-ci ne pourrait faire par lui-même. C'est donc non seulement à la disposition des malades qu'ils doivent être mis, mais aussi à celle du médecin — et cela dans l'intérêt même des malades ».

On nous excusera d'insister ainsi sur cette double intervention faite personnellement au début de nos travaux, mais comme elle eut un certain résultat sur « l'aiguillage » de ces travaux, il nous apparaît normal d'y faire allusion.

On s'occupa donc, dès le début, des *praticiens ruraux*, de leur répartition inégale, par rapport à ceux des villes, et on conclut, sur ce point, qu'un médecin pour 2.000 habitants serait un chiffre convenable, surtout que l'automobile est venue faciliter beaucoup l'exercice de la médecine à la campagne. A côté du médecin praticien et sous sa direction, seraient utiles sinon des « aides-médecins » comme il en existe officiellement en certains pays, au moins des infirmières-visiteuses pour les aider et veiller à l'exécution des prescriptions médicales.

Il faut aussi des « CENTRES DE DIAGNOSTIC » mais qui soient en liaison constante aussi bien avec les malades qu'avec le médecin traitant. A l'unanimité, on convint de la nécessité de centres de ce genre, mais à la majorité seulement que ceux-ci donneraient quelques soins au besoin, donc étant pourvus, dans ce but, du matériel et du personnel nécessaires.

Quant aux HÔPITAUX RÉGIONAUX pour les malades qui ne pourraient recevoir de soins à domicile, il faudrait qu'ils puissent avoir une certaine importance pour rendre les services qu'on peut en attendre. Il faudrait donc qu'il y ait un hôpital régional pour environ 30 mille habitants.

On devra permettre aux ruraux un accès facile tant au dispensaire qu'à l'hôpital, donc s'occuper d'assurer une *liaison* entre ces centres et la périphérie. Mais il faut, en outre, que cette liaison, quand il s'agit de diagnostics ou de soins, soit assurée également, et de façon continue, entre ces centres et le médecin praticien afin que celui-ci ne perde jamais de vue des malades qu'il doit forcément suivre, dans la suite, après leur sortie de l'hôpital, par exemple.

Le deuxième jour, on s'occupa de « l'outillage » des hôpitaux régionaux. Inutile d'insister sur ce point, nos confrères sont suffisamment documentés sur un tel sujet.

Pour la question des DÉSINFECTIONS, en cas de maladies contagieuses à domicile, la Commission conclut que le plus important n'est pas la désinfection « terminale », en fin de maladie avec transports de grands appareils impressionnants : cela a son utilité, sans doute, mais le plus utile c'est la désinfection « journalière » sous la surveillance du médecin traitant pour que le malade contagieux ne contamine pas son entourage.

Les « CONSULTATIONS EXTERNES » des hôpitaux, sur les remarques des médecins praticiens de la Commission, délégués par les divers pays, furent considérés comme faisant double emploi avec les cabinets des praticiens. De même que les dispensaires, elles ne pourraient avoir d'utilité que pour ce que le médecin ne peut faire lui-même (comme une radiographie par exemple), mais c'est là une « utilité » qui disparaît chaque jour de plus en plus.

Quant aux LABORATOIRES, en dehors du laboratoire modeste de l'hôpital régional, il est nécessaire qu'il y ait de *grands laboratoires* CENTRAUX puissamment outillés et pourvus d'un personnel compétent. Là pourront être envoyés des échantillons de sang, de crachats, pour recherches de la syphilis, de la tuberculose, ainsi que des prélèvements de tissus pour des recherches sur les tumeurs cancéreuses, etc... Là encore, il faut assurer une *liaison* constante, pratique, et rapide entre les médecins traitants et le laboratoire.

Au sujet de cette liaison jugée indispensable tant pour le médecin que pour le malade, on s'occupa de la question de transport du malade, venant compléter l'appel téléphonique du médecin. On convint qu'à défaut d'ambulance municipale, bien rare en campagne, chaque hôpital devrait avoir une *ambulance automobile.* Sur appel de qui ? du médecin, du maire ou de l'auxiliaire médical connu du chef-lieu. Frais de transport payés par qui ? Par la famille, ou, si le malade est indigent, par la commune.

***

Le Memorandum parlait du « Visiteur de santé » dont l'action est, d'ordinaire dans la plupart des pays représentée par les « INFIRMIERES VISITEUSES ». On se mit d'accord pour reconnaître que cette action doit être établie *en accord avec le médecin praticien rural* « l'infirmière visiteuse devant être uniquement le trait d'union entre le malade et son médecin traitant ».

A ce moment se plaça une véritable « joûte » si l'on peut dire entre les représentants des Caisses maladie et celles de l'Administration. Le Memorandum déclarait que les Caisses-maladie jouent un rôle important dans l'assistance médicale rurale, « en répartissant les frais de traitement sur de larges groupes ». Les représentants gouvernementaux déclarèrent que ce rôle important est joué par les Administrations publiques, surtout en Assistance médicale gratuite. Les représentants des Caisses répliquèrent que l'Assistance médicale n'est efficace entièrement que dans les régions rurales où est établie l'Assurance maladie, ce qui démontre bien l'exactitude de la constatation faite par le Memorandum. En conclusion, on se mit d'accord pour dire que « la collaboration de tous jouera toujours le rôle le plus important en ces matières ».

On en revint ensuite à l'étude du PERSONNEL AUXILIAIRE, au point de vue de sa *nomination* et de sa *direction.* Les représentants des Caisses-maladie rurales disaient que celles-ci doivent placer, elles-mêmes, des infirmières dans les communes et sous leur direction. C'est l'Etat, disaient les délégués gouvernementaux. C'est le médecin praticien, faisaient remarquer les représentants de ceux-ci, attendu que lui seul peut diriger efficacement l'action de celles-ci. Après une longue

discussion (où s'affrontaient non pas les nations mais les « catégories ») on finit par se mettre d'accord, là aussi, pour admettre que leur recrutement dépendait de l'évolution sociale de chaque pays, mais que ces infirmières visiteuses devaient toujours avoir une certaine instruction technique, qu'elles devaient être considérées comme des auxiliaires du médecin et « agir sous son autorité et sa direction technique ».

Au sujet du rôle des Autorités publiques en matière d'assistance rurale, on fut d'accord que, si le nombre des médecins ruraux est insuffisant en une région, il appartient à l'Etat d'intervenir. Mais est-ce à l'Administration *centrale* ou *régionale* ? C'est plutôt à cette dernière conclut-on, sauf si elle n'arrive pas à établir un service médical rural suffisant et efficace ; auquel cas l'Administration supérieure centrale doit s'en occuper — et cela aussi bien pour le Corps médical lui-même que pour les auxiliaires médicaux.

***

Dans la Conférence sur les Centres de santé ruraux qui s'était tenue à Budapesth du 27 au 31 octobre 1930, on avait distingué les Centres de santé primaires et les secondaires, d'une aire plus étendue. Notre Commission des experts estima que, au fond, le *Centre de santé primaire*, c'est surtout le médecin praticien lui-même qui le constitue. S'il est chargé par les autorités, non seulement de donner des soins aux malades, mais encore de tout ce qui concerne l'hygiène et la santé publique — et qu'il soit suffisamment payé pour cela — il pourra y avoir un nombre suffisant de médecins en tous lieux.

Quant aux *Centres de santé secondaires*, les représentants des Caisses rurales déclarèrent que c'est à celles-ci qu'il appartient de les créer et de les faire fonctionner. N'est-ce pas elles seules qui possèderont les fonds nécessaires pour ce fonctionnement ? Les deux autres « catégories » de représentants se récrièrent, puis, après discussion, on arriva à conclure que cette création et cette direction doivent être faites en collaboration entre l'Administration et les Caisses, mais étant entendu que le Corps médical sera chargé de régler toute la question technique.

Pour les *grands laboratoires*, la discussion menaça de s'égarer à cause des différences existant à ce sujet dans les divers pays. Il y a, en France comme en Amérique, de grands laboratoires privés puissamment outillés. En Allemagne, par contre, ils sont tous placés sous la direction de l'Etat. On conclut de commun accord, toutefois, que ce qu'il importait avant tout d'assurer c'est la *liaison* entre la périphérie (c'est-à-dire les médecins traitants) et les grands laboratoires centraux. N'est-ce pas là le plus important au point de vue du bon exercice de la médecine rurale ?

Tout ayant ainsi été passé en revue, il fut décidé que quelques membres de la Commission seraient désignés pour rédiger les « *Conclusions* » découlant des travaux qui venaient d'être effectués.

Dans un second article, nous donnerons le texte même des conclusions, présentées sous forme d'« avis » (puisque c'étaient des « avis » qui nous avaient été demandés par la S. D. N.). Nous donnerons, à la suite, les résultats des travaux, sur le même sujet de « l'Association professionnelle internationale des médecins ». (A.P. I. M.).

LA QUESTION DE L'ESSENCE

Elle est en train de se résoudre, et de la façon la plus péremptoire, par le fait que l'essence n'existera plus d'ici peu, en France, qu'à l'état de souvenir.

Une circulaire du Conseil départemental de l'Indre nous apporte les intéressantes précisions suivantes :

La dotation d'essence de novembre 1941 pour tous les médecins et toutes les sages-femmes de France était de 630.000 litres. Si l'on estime à environ 30.000 le total des praticiens dans les deux professions la simple division fait apparaître à 21 litres en moyenne la quantité d'essence à allouer à chacun.

La répartition de carburant se fait de façon moins simpliste et une ventilation permet à juste titre de favoriser les médecins ruraux par rapport aux citadins.

Il est néanmoins évident que tous indistinctement sont réduits à la portion congrue et ne peuvent utiliser leur voiture que très économiquement.

Par ailleurs nous savons que même ces chiffres réduits ne pourront être maintenus dans les mois à venir. Mieux vaut prévoir dès maintenant la privation totale et s'y accoutumer en prenant les mesures appropriées.

L'exercice de la médecine va devenir dur, très dur pour les médecins de campagne. Epuisant chez les jeunes il sera presque impossible chez les vieux qui ne peuvent songer à couvrir 50 ou 60 kilomètres à bicyclette chaque jour.

« Que chacun comprenne », pour reprendre l'expression du Conseil départemental de l'Indre. Que chacun comprenne que les circonstances sont impératives, que cette époque est sans pitié ni raison et qu'il est vain de protester contre l'inéluctable.

ASSURANCES SOCIALES

❖ ❖ ❖

I — DANS QUELLES CONDITIONS LES CAISSES PEUVENT-ELLES CRÉER DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS ?

L'idée essentielle de l'organisation du service médical des Assurances sociales était jusqu'à présent que le Corps médical dans son ensemble prenait la responsabilité de ce service en adhérant à un règlement, une convention, un statut, de caractère collectif (peu importe le nom) conclu entre ses représentants et les Caisses d'assurances. Le principe du libre-choix dont nous étudions plus bas un des aspects, s'il correspondait avant tout à un droit particulièrement sacré du malade, manifestait aussi sous l'angle professionnel médical cette volonté de généralité, cette confiance faite par la loi, pour l'exécution d'un service d'utilité publique, à tout praticien en règle avec les lois sur l'exercice de la médecine.

Il est évident d'autre part qu'un tel principe pour passer du domaine des idées à celui de la réalité exige qu'aucune disproportion économique ne contraigne en fait l'assuré à recourir à des organisations de soins auxquelles sa confiance n'adhère pas. C'est pourquoi, de toutes les brèches apportées par les règlements et la pratique au statut collectif du service médical, la création par les Caisses elles-mêmes d'établissements de soins au bénéfice de leurs assurés apparaît comme une des plus dangereuses. C'est pourquoi la législation qui les concerne mérite une toute particulière attention.

Le décret-loi du 28 octobre 1935, dans son article 6 §14 prévoyait qu'en principe l'assuré « avait droit aux consultations et aux traitements dans les dispensaires, cliniques, établissements de cure et de prévention dépendant de la Caisse d'assurances dont il reçoit les secours de maladies ou ayant passé des contrats avec elle ; *l'organisation et le fonctionnement technique des établissements fondés par les Caisses sont réalisés... après avis des syndicats médicaux intéressés* lorsque les syndicats ont passé une convention collective avec les Caisses ». Le même article fixait les délais et procédure à observer et confiait aux Commissions tripartites régionales le soin de trancher les désaccords.

L'Ordre des médecins successeur légal des syndicats, eut été tout naturellement appelé à exercer les droits de contrôle ainsi prévus. Certes nous n'ignorons pas que ce pouvoir de contrôle est en réalité bien plus restreint qu'il ne paraît. Dans une décision du 3 avril 1936 la section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales a eu à le définir : « *les Caisses, a-t-elle dit, ne sont pas tenues de subordonner leur création à l'accord préalable des syndicats. Elles sont seulement obligées de demander l'accord du syndicat sur l'organisation et le fonctionnement technique* ». Tout imparfait qu'il était, ce texte n'en était pas moins le moyen légal pour l'Ordre d'avoir droit de regard sur les créations des Caisses.

La loi du 29 mai 1941 réformant l'assurance-maladie, sans abroger expressément l'art. 6 du décret-loi, a traité à nouveau la question et a rendu caduc le §14 précité. Aux termes de l'art. 5 de la loi nouvelle les Caisses ne peuvent créer, organiser ou développer des établissements de diagnostic ou de soins sans autorisation du Secrétaire d'Etat au travail et *sans agrément technique* du Secrétariat à la santé. Aux rapports Ordre-Caisse, se trouvent ainsi substitués des rapports interministériels, le secrétaire d'Etat à la Santé ne possédant d'ailleurs, comme les anciens syndicats qu'un pouvoir de contrôle sur l'organisation *technique*, mais non point sur la nécessité ou l'utilité sociale de la création envisagée et de sa place dans le plan d'équipement sanitaire du pays.

Il n'était question, jusqu'à la loi du 18 novembre dernier, que de contrôle ou d'agrément technique, donc de frein. La loi du 18 novembre, plus encore par l'esprit qui l'anime et le rapport qui la précède que par son texte même, est venu apporter un élément nouveau. L'Institut national d'action sanitaire qu'elle crée, organise et alimente financièrement, apparaît surtout comme le moyen de développer ces établissements de soins dont on loue officiellement la généreuse activité et dont on regrette ouvertement l'insuffisance actuelle.

Certes nous avons eu la bonne fortune de recueillir de la source la plus autorisée les apaisements les plus grands quant à la politique que le Secrétaire général à la Famille et à la Santé compte observer dans l'application de la loi du 18 novembre. Mais notre satisfaction reste incomplète. En effet l'agrément technique dont il est fait mention à diverses reprises dans le

texte légal ne nous paraît s'étendre, conformément à la jurisprudence déjà citée de la Section permanente du Conseil supérieur des Assurances sociales, qu'à l'organisation médicale d'un établissement et non point à sa création même. Le Secrétaire d'État à la Santé se trouve ainsi en cette matière sur un plan hiérarchiquement inférieur au Secrétaire d'Etat au Travail, alors que l'inverse eut été seul logique, et la chose apparaît plus nettement encore si l'on veut bien se souvenir que le rapport préliminaire, dont nous avions signalé l'étrangeté de ton, n'est signé que du Travail, et non de la Santé.

Nous voulons bien espérer qu'un accord de personnes s'établisse pour aboutir à ce que l'activité de l'Institut sanitaire soit harmonieusement intégrée dans le plan élaboré par la Santé publique. Mais combien nous eussions préféré que les textes légaux, qui seuls demeurent, fassent mention de la nécessité d'un tel accord sur pied d'égalité interministérielle.

Combien eut été préférable également que l'Ordre des médecins n'apparaisse pas en dernière analyse comme le conseiller technique d'un contrôleur technique, mais soit à même d'intervenir efficacement et directement à l'heure où l'on peut en fait soustraire à la masse des praticiens un service que la loi leur a expressément confié, et qui *constitue de plus en plus l'essentiel de leur activité.* Mais l'Ordre sera d'autant plus justifié à occuper une place prééminente en ce domaine qu'il prendra soin, comme on peut l'espérer aux dernières nouvelles, d'organiser économiquement la médecine libre, afin qu'elle demeure accessible aux assurés sociaux. C'est la contre-partie nécessaire de ces responsabilités que nous voudrions lui voir plus fermement revendiquer.

II — LE LIBRE-CHOIX DU PRATICIEN EN MATIÈRE D'ASSURANCE-MATERNITÉ

On sait que l'assurée qui allaite son enfant a droit à des primes en espèces, dont la délivrance est en principe subordonnée à l'observation des prescriptions du règlement intérieur de la Caisse, en ce qui concerne notamment les visites prénatales et post-natales, et la fréquentation régulière des consultations de nourrissons. Par une tendance dont elles ont donné maints exemples en d'autres domaines, les Caisses ont voulu organiser elles-mêmes visites et contrôle médical des assurées, consultations maternelles et de nourrissons. Dans la mesure où leur activité ne venait pas créer des doubles enmplois et se superposer à l'organisation spontanée préexistante, de telles initiatives pouvaient être défendues et même approuvées. Là où nous ne sommes plus d'accord, et où nous dénonçons l'abus c'est lorsque les Caisses prétendent attribuer un caractère de monopole à leurs organisations.

Le cas de fait suivant put heureusement être soumis il y a quelques mois à la juridiction des Assurances sociales : une assurée sociale allaitant elle-même son enfant, refusa malgré les instructions formelles reçues de sa caisse, de se rendre dans les consultations maternelles et de nourrissons instituées par cette dernière, et se fit délivrer les attestations nécessaires par son médecin traitant en qui elle avait placé sa confiance. La Caisse interdépartementale (car c'est encore d'elle qu'il s'agit) ne manqua point d'invoquer l'infraction ainsi commise à son sacro-saint règlement int rieur pour ne verser aucune allocation d'allaitement. Mais l'assurée, pour une fois décidée à faire valoir ses droits, sur les conseils de son médecin traitant et selon les directives du Sou Médical, porta l'affaire devant la Commission d'arrondissement.

Par une décision en date du 10 juillet 1941, la Commission interdépartementale des Assurances sociales de la Seine a condamné la Caisse au versement des allocations demandées.

Fort justement la Commission a en effet rappelé que les règlements intérieurs des Caisses devaient être conformes aux dispositions obligatoires du règlement-type institué par l'arrêté ministériel du 30 janvier 1937. Or l'art. 62 § 2 dudit règlement type stipule que les allocations d'allaitement sont payées soit sur l'autorisation du médecin-contrôleur de la Caisse, *soit sur une attestation d'allaitement délivrée et datée par un médecin*, une sage-femme, une consultation maternelle, une consultation de nourrissons, un dispensaire, *ou tout autre établissement qualifié ou agréé* à cet effet par la Caisse. Or « *il n'apparaît pas de cet article que le médecin traitant soit obligatoirement agréé par la Caisse* ». Il faut donc se référer au principe général du libre-choix du praticien posé par la loi, et l'attestation délivrée par le médecin traitant est parfaitement suffisante pour ouvrir droit aux prestations sollicitées.

Retenons de cette décision que le droit pour l'assuré de choisir librement son médecin ne se réduit pas au simple service médical au domicile du malade ou au cabinet du médecin, mais constitue bien une règle fondamentale applicable, sauf dispositions légales contraires, dans toute la sphère de l'assurance maladie et maternité. Ce n'est pas encore maintenant que les Caisses pourront dresser la liste de leurs médecins agréés. Souhaitons seulement que la déclaration mise à la charge des médecins traitants d'assurés sociaux par la récente loi de finances ne soit pas, sous couleur de contrôle fiscal, un premier pas dans cette voie.

Jean MIGNON.

VERS LA CONCILIATION DES DÉSACCORDS SUR LA RETRAITE

Après avoir jeté leur premier feu en de nombreux articles de presse et d'innombrables lettres (dont nous eûmes notre large part), les médecins, les jeunes et les vieux, ne s'affrontent plus avec autant d'âpreté. Les uns et les autres ont réfléchi ; et ils ont bien vu que chacun des deux camps n'avait pas entièrement raison, mais qu'il n'avait pas non plus tout à fait tort.

Les jeunes conviennent que même les vieux confrères qui n'auront pas versé une seule annuité de cotisation, s'ils résignent leur poste entre les mains de l'Ordre pour qu'il soit mis à la disposition d'un plus jeune, ont droit à une compensation ; que cette compensation peut être conçue sous forme de pension viagère. S'ils avaient cédé leur clientèle suivant les usages reçus jusqu'à présent, ils en auraient retiré un profit légitime et qui, les usages se modifiant, leur est dû en bonne justice.

Les vieux admettent que la cotisation à demander aux jeunes ne doit pas être pour eux un fardeau écrasant, susceptible de les atteindre jusque dans les nécessités de la vie. Acculés aux résolutions extrêmes et n'ayant rien de plus à perdre puisqu'ils auraient déjà perdu le droit essentiel de vivre de leur travail, ils en viendraient à refuser de payer.

« Et ce serait scandaleux, note le Docteur Choquart, de *Pleurs* (Marne). de les contraindre à payer ».

Ceci étant, reste à trouver l'accommodement qui donne satisfaction aux uns sans être odieux ni à charge aux autres.

Dans cette voie les « plus de cinquante » font les premiers pas ; il est juste de les leur compter et d'en informer les autres afin que ce geste de bonne volonté ne demeure pas perdu pour l'entente souhaitable du corps professionnel.

***

A titre transitoire, pour les médecins qui, lors du démarrage, n'auront pas versé ou insuffisamment (après 50 ans par exemple), le Docteur Mirabail, de *Bangy* (Cher), se faisant le porte-parole « de quelques jeunes, quelques moyens et quelques vieux » de son entourage, propose qu'ils versent à fonds perdus un capital. « Ce versement me paraîtrait ne pas devoir excéder 30.000 francs pour les médecins de 60 à 65 ans ».

En ce qui concerne les cotisants, il verrait avec faveur un taux de cotisation progressif les premières années, stable pendant la durée de plus grande activité, et dégressif à l'approche du déclin de celle-ci.

Cette modulation de la cotisation sur le revenu professionnel est tellement équitable qu'elle rallie du reste tous les hommes de bon sens. Puisqu'il s'agit ici de solidarité interconfraternelle est-il moral et souhaitable de la chiffrer uniformément pour tous ? Un médecin de 28 ans et un de 45, un citadin et un rural, un professeur de faculté et un praticien de quartier ne se trouvent pas dans des conditions économiques comparables. La même somme sera pour les uns exorbitante et dérisoire pour les autres ; l'effort que l'on prétend demander au nom de la solidarité doit être pour tous un réel effort, en conséquence tenir compte des faibles et des forts.

La Nature a créé des inégalités ; elle les provoque et les entretient de mille façons et le lit de Procuste est le plus frappant symbole des coups de force que nous introduisons dans l'ordre des choses en voulant de l'égalité là où elle ne peut être.

Aussi, allant jusqu'aux conséquences logiques de l'idée, le Docteur Choquart et le Docteur Guillaumont, de Cadouin (Dordogne) préconisent-ils de s'en rapporter, pour fixer la cotisation de chacun, à sa déclaration fiscale. « Solution simple, ajoute celui-ci, élégante, équitable, conforme à la tradition séculaire du Corps médical : faire payer le riche pour le pauvre ». Le fisc a des moyens de contrôler la déclaration du contribuable (1) et s'il se glisse ici ou là quelque fausseté elle sera moins choquante que la règle rigide qui, sous prétexte d'égalité, aboutirait aux plus révoltantes iniquités.

Ainsi les jeunes auraient-ils l'assurance de voir épargnées leurs premières années de pratique, et que la corporation ne les dévorera pas tout vifs. La formule est discutable et soulève assurément des objections de valeur. Mais il n'en existe pas qui ne soulève pas d'objections. Sinon, et à moins d'admettre que les médecins soient de bien piteux imbéciles, elle serait trouvée depuis longtemps et aurait rallié l'unanimité. Enregistrons-la pour ce qu'elle vaut ; peut-être, à la réflexion, se révèlera-t-elle valoir plus qu'elle ne semblait.

***

Le même souci de modération et de justice

(1) Le carnet de reçus à souches, récemment créé, lui donne un moyen de contrôle d'une rigueur draconienne.

ressort de la proposition du Docteur H. B. (Centre). Il songe, lui, à un moment plus lointain : celui où il s'agira de répartir les sommes perçues.

***

Pour eux (les bénéficiaires), la retraite doit, par définition leur permettre de continuer à vivre d'une façon honorable. Il faut donc que chacun d'eux puisse compter sur un revenu minimum à déterminer, mais qui, certainement, ne saurait être inférieur à 30.000 francs, chiffre du reste déjà envisagé sérieusement.

Parmi les vieux médecins, il en est qui disposent de ressources supérieures à cette somme. Ce sont les « riches ». Les autres, plus nombreux sans doute, n'ont que de petits revenus bien loin d'atteindre ce minimum reconnu indispensable. C'est pour ces derniers surtout que la retraite est utile et doit commencer le plus tôt possible.

Or, pour hâter le démarrage, on pourrait pendant les premières années ne s'occuper que de ces médecins ayant un revenu inférieur au minimum de vie (30.000 francs par exemple) et faire en sorte qu'ils aient ce minimum sans trop de retard.

Avec toutes les précautions désirables et sous le sceau du secret, l'Ordre départemental recevrait des intéressés une déclaration établie de bonne foi et indiquant leurs ressources globales et réelles. Cette déclaration transmise à l'Ordre supérieur permettrait d'établir pour chacun la retraite à donner et qui serait momentanément simplement la différence entre le minimum de vie accepté et le revenu déclaré. Pour un revenu de 18.000 francs par exemple, la retraite serait de 30.000 — 18.000, soit 12.000 francs.

Les « riches » seraient assez généreux pour ne pas se montrer jaloux et ne point réclamer de retraite pendant les premières années d'organisation. Ils pourraient facilement attendre que les circonstances et la richesse de la Caisse permettent de la donner à tout le monde.

Ainsi voit-on, à travers le Corps médical, se dessiner peu à peu une doctrine concernant la retraite. Ces diverses suggestions n'ont que la valeur de vœux individuels ; cependant, rapprochés les uns des autres, ils retiennent l'attention par l'évolution qu'ils trahissent dans les esprits.

Le Conseil supérieur de l'Ordre, à qui revient toute initiative en la matière, a certainement été saisi, lui aussi, de toute une correspondance venue des quatre coins du pays, et il n'est pas douteux qu'il en a pris connaissance avec le soin qu'elle mérite. Car si, dans la France de 1941, on ne se jette plus comme naguère à plat ventre devant l'opinion publique, un Conseil mis à la tête d'une profession ne peut cependant pas fouler d'un pied dédaigneux les sentiments de cette profession. Ce serait défier témérairement des forces qui ne se sont jamais mesurées et qui, canalisées, peuvent sans doute être très fortes.

Les membres du Conseil supérieur de l'Ordre ne sont, du reste, pas des condottieri ne rêvant qu'à croiser le fer et à subjuguer les masses.

Ils ont, à maintes reprises, exprimé leur résolution, *primi inter pares*, de coopérer à l'édification d'un Corps professionnel cohérent, animé d'une véritable entente et confiant en ses destinées.

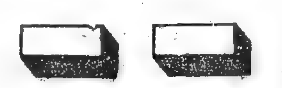
QUESTIONS D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Dans sa séance du 8 décembre, le Comité consultatif d'hygiène a été appelé a donné son avis sur les deux questions suivantes qui intéressent l'alimentation des enfants. Le service du Ravitaillement se propose d'écrémer à 32 pour 1.000 tous les laits livrés à la consommation : à l'unanimité le Comité formule son opposition formelle à une telle mesure.

Le Secours national demande l'avis du Comité sur une nouvelle composition des bonbons vitaminés qu'il distribue aux enfants des écoles : il propose d'augmenter la dose de phosphate de calcium, faute de pouvoir fournir un sel organique (glycérophosphate) et celle de la vitamine D.

Accord pour l'augmentation du calcium, mais prudence pour l'augmentation de la vitamine D. Comme les circonstances ne permettent pas d'augmenter en même temps la dose de vitamine A, il risque de se produire un déséquilibre nocif entre les actions escomptées. On devra limiter l'augmentation à 0 gr. 20 par biscuit.

Dr BRIAU.



Chronique automobile

❖ ❖ ❖

LA VÉRITABLE VOITURE DE TRAVAIL

Par M. Henri PETIT,

Ancien élève de l'école Polytechnique

Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

Nos usines d'automobiles sont actuellement sinon au repos, tout au moins dans une période d'activité fort réduite. On peut espérer que si la fabrication est très fortement ralentie, les services d'études travaillent au contraire pour préparer des modèles nouveaux qui verront le jour dès que les temps troublés auront disparu.

Le moment nous paraît donc venu de jeter un coup d'œil critique sur les voitures actuelles et de voir en quoi elles pourraient être améliorées pour les rendre plus pratiques, plus agréables et plus économiques.

Par une étrange aberration, on a donné le nom de *voitures de tourisme* aux véhicules légers qui sont utilisés pour d'autres fins que le transport des marchandises ou le transport collectif des voyageurs.

Ce qualificatif de voitures de tourisme a fait bien du mal à la cause de l'automobile. D'abord, il a été pour une bonne part dans l'idée que s'est faite le public qui n'est pas automobiliste de l'usage même et des usagers de l'automobile. Un Monsieur qui a une automobile est un Monsieur qui fait du tourisme et, par conséquent a des loisirs et les utilise au mieux de son agrément pour se promener : et, cependant, mes lecteurs savent mieux que personne combien cette conception est loin de la vérité.

Quand on voyait autrefois sur les routes une voiture attelée transportant un ou deux voyageurs, on ne songeait pas un seul instant que ces voyageurs fussent occupés à faire du tourisme. On supposait plutôt qu'ils se déplaçaient pour l'exercice de leur profession et en cela, on avait parfaitement raison. Qu'y a-t-il de changé maintenant où l'automobile a remplacé la voiture attelée ? Pas grand chose. Dansnombre de professions, la voiture automobile est devenue aussi indispensable que l'était autrefois la voiture attelée, nonobstant le qualificatif touristique qui s'attache à son nom.

Voiture de tourisme, cette appellation a nui aussi à la qualité même des véhicules sortis de chez nos constructeurs, lesquels, pour la plupart ont étudié ces voitures en vue du tourisme, c'est-à-dire des longues randonnées à vitesse relativement élevée sur des bonnes routes. Il est certain que les voitures légères actuelles répondent en général fort bien aux besoins du touriste. Mais, répondent-elles aussi bien aux besoins des hommes qui travaillent et qui, pour 99 % composent la clientèle des voitures dites de tourisme ? Il est non seulement permis d'en douter, mais il est recommandé de ne pas le croire. Voyons donc ce qui manque à la voiture actuelle pour être une voiture parfaite d'affaires, une voiture de travail comme celle que nous désirons tous.

Examinons, si vous voulez, la journée du médecin et plus particulièrement du médecin de campagne, depuis le moment où il va chercher sa voiture dans sa remise jusqu'à celui où il l'y ramène le soir.

Il y a d'abord la mise en route du moteur : de ce côté, de gros progrès ont été faits par rapport à ce qui existait autrefois, et l'emploi de la manivelle est devenu, (en théorie tout au moins) tellement rare qu'on a pu rendre cet accessoire amovible, (et, ce faisant d'ailleurs, on l'a rendu quasi inutilisable).

Mettre un moteur en route l'été n'est qu'un jeu : une tirette à manœuvrer, un bouton à effleurer et le moteur tourne. L'hiver, il en est tout autrement et nous avons, dans un récent article, rappelé à nos lecteurs, les petits trucs connus des vieux automobilistes pour parer aux défaillances de la mécanique. Mais, ne croyez-vous pas qu'il serait plus simple de n'avoir pas à employer ces trucs quelle que soit la température ? Que faut-il donc pour cela ? Simplement un équipement électrique plus étoffé.

Essayez plutôt, vous qui possédez par exemple une voiture à équipement électrique sous 12 volts, d'ajouter, en série, une batterie de six volts sur votre batterie normale, c'est-à-dire de marcher sous 18 volts. Quel que soit le temps, vous allez mettre en route à la première sollicitation

et sans hésitation, alors que très souvent vous tâtonnez pendant plusieurs minutes avant d'arriver, (et pas toujours !) au résultat cherché : preuve évidente de l'insuffisance de l'équipement de série. Celui-ci est étudié par le constructeur et réalisé pour fonctionner correctement quand la voiture est neuve, quand la batterie est neuve et bien chargée, et que tout est en parfait état. Mais, après quelques années d'usage, la batterie perd sa capacité, le moteur perd sa compression, et rien ne va plus.

Que les constructeurs consentent donc à calculer correctement comme ils le font aujourd'hui, la capacité de leur équipement électrique, et cela fait, à multiplier le résultat par 2 quand ils passent à la construction : on aura ainsi une marge de sécurité suffisante pour ne jamais être ennuyé.

Après la mise en route, c'est la mise en régime de température : là, nous avons le starter qui nous rend bien des services, mais souvent à un prix assez exagéré : dépense supplémentaire d'essence d'abord et surtout usure excessive du moteur si l'on en prolonge trop l'action. Sur certains modèles de voitures, on a prévu des thermostats ; excellente solution quoique imparfaite. Le moteur se réchauffe trop lentement pendant les grands froids et chose encore plus grave se refroidit beaucoup trop vite dès qu'on s'arrête. Après une demi heure d'arrêt par une température de —10°, on se retrouve sensiblement dans les mêmes conditions qu'au moment du départ : la chaleur emmagasinée dans le circuit de refroidissement du moteur s'est complètement dissipée et c'est encore au starter qu'il faut demander de fournir le supplément de carburant qui permettra la remise en marche.

Or, de quoi se compose la journée automobile du médecin ? D'une série d'arrêts de l'ordre de un quart à trois quarts d'heure, entremêlés de courts trajets au cours desquels aucun organe de la voiture ne peut atteindre son régime normal de fonctionnement. Comment pourrait-on parer à ce grave inconvénient ? Simplement en réétudiant complètement le système de refroidissement et de réchauffage du moteur. Le moteur d'une voiture de travail devrait être soigneusement calorifugé, enfermé dans une enceinte à parois complètement athermanes qui ne s'ouvriraient qu'au moment où, le moteur étant suffisamment chaud, il a besoin du contact avec l'air extérieur pour emporter la chaleur en excès.

Au lieu de cela, on laisse toute la partie inférieure du moteur exposée au vent. Pour protéger le radiateur, on vous conseille de mettre une couverture : est-ce que cette couverture ne pourrait pas être réalisée d'une façon mécanique dès la construction même du véhicule ? On a fait plus difficile dans la technique de l'automobile.

L'été, au contraire, pour peu qu'on roule en montagne ou même simplement dans un chemin très boueux où l'on est obligé de rester en première vitesse et de marcher à petite allure, parfois pendant plusieurs kilomètres, l'eau se met à bouillir dans le radiateur : insuffisance de refroidissement. C'est que la voiture que vous avez, cher Monsieur, est une voiture *de tourisme* qui n'a jamais été faite pour rouler dans les chemins de traverse : ce qu'il vous faut, c'est une voiture de travail, et malheureusement, celle-ci n'existe pas. A nos constructeurs d'y pourvoir et de créer un type qui ne présente pas ces fâcheux points faibles.

Il y eut un moment où l'on prévoyait sur tous les moteurs, un filtre à air pour empêcher la poussière de pénétrer dans les cylindres. La publicité vantait les avantages du filtre qui assurait au moteur une longévité exceptionnelle.

Quand on s'est aperçu que les filtres efficaces étaient chers et encombrants, on a diminué progressivement leurs dimensions et leur efficacité et quand on les a laissé subsister, leur rôle s'est borné modestement à étouffer le bruit de l'aspiration. Les voitures de tourisme ne sont-elles pas destinées à rouler sur les grand'routes qui, toutes, sont soigneusement goudronnées ou cimentées et où, par suite, on ne rencontre pas de poussière. Evidemment, si vous roulez sur des petits chemins vicinaux, voire des chemins de terre, vous ne faites plus de tourisme : votre voiture soulève la poussière, le moteur la respire et devient asthmatique ; encore un cas où vous vous mettez dans votre tort, puisque, au lieu de faire du tourisme comme il eut été normal avec une voiture de tourisme, vous vous mêlez de travailler.

Même remarque pour l'huile : les fournisseurs d'huile ont recommandé depuis bien des années de remplacer systématiquement le contenu du carter tous les 2.000 ou 2.500 kilomètres ; louable souci de prévoyance dira-t-on, puisqu'ici on se mettait à l'abri des fâcheux accidents de graissage. Sans doute, mais à quel prix ?

Si les ingénieurs du moteur ont travaillé pendant si longtemps pour diminuer la consommation de l'huile en marche jusqu'à la rendre presque nulle, n'ont-ils pas fait un effort stérile, puisqu'on vous a obligé de jeter au ruisseau plusieurs litres d'huile, que vous n'aviez pas consommés, c'est vrai, mais qu'on vous a déclarée impropre à circuler dans les canalisations de graissage après le deux millième kilomètre ; il y a eu quelque exagération dans les fréquences des vidanges du lubrifiant et vraiment les huiles modernes valent mieux que la réputation que leurs fabricants eux-mêmes leur ont ainsi faite. D'ailleurs, ne serait-il pas plus expédient de prévoir des épurateurs d'huile qui enlèveraient au lubrifiant les corps étrangers nuisibles et leur permettraient ainsi un service beaucoup plus prolongé. J'ai souvenance d'une voiture, d'ailleurs remarquable,

qui ne consommait pratiquement guère d'huile, mais dans le moteur de laquelle tous les 2.000 kilomètres, il fallait tout de même rajouter 15 litres de lubrifiant pour remplacer ce qu'on vous obligeait à évacuer.

15 litres à 13 ou 14 francs le litre, cela fait tout de même une somme.

***

Obligés d'aborder des chemins à ornières, vous entendez tout d'un coup un bruit inquiétant : ce sont les dessous du mécanisme qui sont venus porter sur le milieu de la chaussée où un caillou dépassait légèrement : c'est encore vous qui avez tort, puisqu'encore une fois vous ne faites pas de tourisme ; est-ce qu'on fait du tourisme dans les ornières ?

Pour baisser la ligne, rendre la voiture plus esthétique et aussi plus apte aux grandes vitesses on a diminué, souvent exagérément, ce qu'on appelle le *tirant d'air*, c'est-à-dire la hauteur disponible entre le sol et l'organe le plus bas de la voiture. Aussi, n'est-il pas rare, même sur route moyenne de voir des tuyaux d'échappement qui frottent par terre dans les grandes secousses ou même (plus rarement il est vrai), des dessous de moteurs qui rencontrent quelque caillou égaré sur la route.

On se rappelle le succès qu'a eu autrefois et qu'a connu si longtemps la fameuse Ford, modèle T : « une araignée haute sur pattes » disait-on d'elle. C'était un peu vrai, mais au moins l'araignée haute sur pattes passait partout sans dommage pour son ventre.

Si l'on a abaissé le plancher des carrosseries, on en a également abaissé le toit. Quand on est installé dans la voiture, on y est en général assez bien, mais c'est souvent un problème que d'y entrer et d'en sortir, pour peu qu'on soit d'une taille supérieure à la moyenne et un peu corpulent, et enveloppé d'un épais pardessus comme on est trop souvent obligé de le faire en période hivernale.

Encore une fois, il s'agit de tourisme et quand on fait du tourisme, on n'entre dans la voiture qu'au début de l'étape pour n'en sortir qu'à la fin. Le reste du temps, on est confortablement assis sur son coussin, sans aucune gêne. Oui, mais quand, au lieu de faire du tourisme, on travaille, on passe son temps à monter en voiture et à en descendre ; il faut pour cela se livrer à un exercice d'autant plus pénible qu'on dépasse davantage le gabarit convenu du passager moyen.

Les voitures de tourisme sont toutes capables de grandes vitesses, et il n'est guère, à l'heure actuelle sur le marché français ou étranger, de voiture qui ne puisse atteindre la vitesse d'au moins 100 kilomètres à l'heure. Très agréables, en effet sont les possibilités de la voiture rapide. Mais, quand a-t-on à les employer pour une voiture de travail ?

Nous nous contenterions certainement de voitures moins rapides et qui pourraient être plus légères, quoique plus spacieuses, en consommant moins et en possédant des qualités de robustesse et de régularité grâce auxquelles nous pourrions oublier complètement que le mécanisme que nous utilisons journellement n'est pas inusable.

Sans doute, la voiture de travail est-elle utilisée de temps en temps pour la promenade, soit le dimanche, soit pendant les vacances. A ce moment, on apprécie évidemment ses qualités de voiture de tourisme, mais on les a souvent déplorées pendant tout le reste du temps. Ne vaudrait-il pas mieux avoir une véritable voiture de travail, quitte, au moment des vacances, à restreindre ses possibilités touristiques, si l'on ne possède que son instrument de travail ou ce qui est le cas de beaucoup de médecins, à avoir une deuxième voiture, *de tourisme*, celle-là qui, en temps normal servirait de réserve en cas d'indisponibilité de la voiture de travail et qui serait la voiture de famille pour le dimanche et les vacances ?

Quoi qu'il en soit, je crois qu'il y a place sur le marché pour une voiture de travail dont les caractéristiques d'utilisation devraient être fixées par les usagers qui savent ce qu'ils demandent à leur voiture et qui pourraient le dire au constructeur. C'est à celui-ci qu'il appartiendrait alors de choisir les moyens lui permettant de satisfaire les désirs de cette clientèle.



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

TITRE II

De l'administration des hôpitaux et hospices.

Art. 6. — Les Commissions administratives des hôpitaux et hospices sont composées du maire et de six membres renouvelables nommé par le préfet.

Parmi les membres nommés par le préfet doivent obligatoirement figurer deux délégués choisis sur une liste de présentation établie par le Conseil municipal et comprenant un nombre de candidats double de celui des sièges à pourvoir, un médecin désigné par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins et un représentant des Caisses d'assurances sociales désigné par le président du Conseil d'administration de l'Union régionale des Caisses d'assurances sociales.

Dans les villes siège d'une Faculté ou d'une Ecole de médecine de plein exercice doit figurer parmi les membres nommés par le préfet un professeur de clinique présenté par le Conseil de la Faculté ou de l'Ecole de médecine.

Dans les hôpitaux ou hospices intercommunaux et départementaux le maire qui doit faire partie de la Commission administrative est celui de la commune siège de l'établissement.

Le mode de désignation des autres membres est fixé par le décret de création de l'établissement.

. . . .

Art. 9. — Les Commissions administratives peuvent être dissoutes ou leurs membres révoqués par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

. . . .

Art. 10. — La Commission administrative règle, sous l'autorité du préfet et le contrôle technique du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, les affaires des hôpitaux et hospices.

Les délibérations de la Commission administrative portent sur les objets suivants :

Les budgets et les comptes, et en général toutes les recettes et les dépenses des établissements hospitaliers, les acquisitions, échanges, aliénations des propriétés de ces établissements, leur affectation au service et en général tout ce qui intéresse leur conservation et leur amélioration, les projets de travaux pour construction, grosses réparations et démolitions dont la valeur dépasse 100.000 francs, les conditions des baux et fermes lorsque leur durée excède dix-huit ans pour les biens ruraux et neuf pour les autres, les actions judiciaires et transactions, les placements de fonds et emprunts sont soumises à l'avis du Conseil municipal et suivent quant aux autorisations les mêmes règles que les délibérations de ce Conseil. Néanmoins l'aliénation des biens immeubles formant la dotation des hospices et hôpitaux ne peut avoir lieu que sur l'avis conforme du Conseil municipal.

Toutefois, lorsque le règlement intérieur ou le statut des différents personnels propre à l'établissement contient des dispositions contraires à celles du règlement modèle ou du statut du personnel fixé par les règlements d'administration publique visés à l'article 35 l'approbation doit en être donnée par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé après avis des secrétaires d'Etat à l'économie nationale et aux Finances et à l'Intérieur.

Lorsque le préfet refuse d'approuver une délibération, la Commission administrative peut se pourvoir devant le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 11. — Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé peut, soit d'office, soit à la demande du préfet ou du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, prononcer l'annulation d'une délibération de la Commission administrative, pour violation de la loi ou d'un règlement d'administration du service

ou pour des raisons d'ordre public ou dans l'intérêt supérieur du fonctionnement de l'établissement.

....

Art. 13. — Un agent appointé par l'établissement est chargé d'exécuter les décision de la Commission administrative et d'assurer la direction du service.

Ce fonctionnaire porte le nom de directeur dans les établissements comportant plus de 200 lits et de directeur économe dans les établissements comptant 200 lits ou moins de 200 lits.

Ce fonctionnaire est nommé par le préfet après concours dans des conditions qui sont fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35. Dans les établissements comportant plusieurs hôpitaux ou hospices de plus de 500 lits, un sous-directeur peut diriger chaque hôpital ou hospice sous l'autorité du directeur. Le statut de ce fonctionnaire est fixé par le même règlement d'administration publique visé à l'article 35.

Le directeur assiste à titre consultatif aux séances de la Commission administrative.

Art. 16. — Les médecins, chirurgiens, pharmaciens et spécialistes des hôpitaux et hospices sont nommés par le préfet, sur la proposition du directeur régional de la Santé et de l'Assistance et choisis sur une liste d'aptitude à la suite d'un concours sur épreuves ou sur titres, dans les conditions qui sont fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35.

A défaut de candidats inscrits sur la liste d'aptitude ou en cas de refus de leur part, des médecins, chirurgiens, pharmaciens et spécialistes peuvent être nommés dans des conditions qui sont fixées par le même règlement d'administration publique.

....

Art. 20. — La Commission administrative peut en cas de besoin justifié et avec l'approbation du préfet intervenue après avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, consacrer une partie des revenus de la dotation de l'établissement sans affectation spéciale, mais seulement dans la limite de la moitié, à l'amélioration de l'outillage hospitalier, ou des installations.

....

Titre III

Prix de journée.

Art. 25. — Pour les malades placés dans les hôpitaux aux frais des communes, des départements ou de l'Etat, soit au titre de la loi du 15 juillet 1893, soit au titre des fondations ;

Pour les enfants placés dans un établissement dépositaire dépendant d'un hospice au titre de la loi du 27 juin 1904 ;

Pour les vieillards, infirmes et incurables placés dans un hospice soit au titre de la loi du 14 juillet 1905, soit au titre des fondations, le prix de journée est fixé annuellement pour l'année en cours, avec effet à partir du 1er janvier, par arrêté préfectoral.

Sauf le cas d'excédent de recettes provenant de ce chef, ce prix ne peut être inférieur au prix de revient constaté pour l'année précédente tel qu'il ressort de la comptabilité de l'établissement, tenue conformément aux règles posées par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances.

Les dépenses servant au calcul du prix de revient sont vérifiées par l'inspecteur des services de l'Assistance ; le préfet, après avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, peut réduire ou supprimer celles qui paraîtraient abusives.

Si lors de la clôture de l'exercice, les prix de journée pour une ou plusieurs catégories d'hospitalisés sont

inférieurs ou supérieurs de un pour cent au prix de revient déterminé ainsi qu'il vient d'être dit, les Commissions administratives, d'une part, les Conseils municipaux et le directeur régional de la Santé et de l'Assistance, d'autre part, ont le droit de demander au préfet, dans les conditions prévues pour la fixation du prix de journée, avant le 15 avril suivant la clôture de l'exercice, que le déficit ou l'excédent ainsi constaté soit ajouté aux éléments constitutifs du prix de journée de l'exercice suivant ou en soit défalqué. Le préfet peut, en l'absence de toute demande, opérer de lui-même cette défalcation.

Appel des décisions préfectorales peut être porté dans le délai de deux mois à compter de leur notification devant la section permanente du Comité d'assistance de France.

Le règlement d'administration publique prévu à l'article 35 déterminera les conditions d'application des dispositions précédentes qui prendront effet au 1er janvier suivant la parution de la présente loi.

Art. 26. — Le prix de journée des autres catégories malades, vieillards et incurables visées à l'article 2 est fixé annuellement pour l'année en cours, par arrêté préfectoral dans des conditions qui se ont déterminées par le règlement d'administration prévu à l'article 35.

Aux prix de journée établis conformément aux dispositions du paragraphe précédent, s'ajouteront pour les malades des honoraires médicaux dont le montant sera fixé par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35.

....

TITRE IV

De la création, de la transformation et de la suppression des hôpitaux et hospices.

Art. 28. — Un hôpital ou hospice ne peut être créé ou supprimé que par décret pris en conseil d'Etat contresigné par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé après avis du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances.

Art. 29. — La circonscription de chaque établissement hospitalier est déterminée par le préfet, sur avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Lorsque dans une circonscription hospitalière, les hôpitaux et hospices sont insuffisants ou ne remplissent pas les conditions techniques nécessaires pour certains traitements le préfet, à la demande du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, peut rattacher, en tout ou partie, les communes de la circonscription intéressée à un établissement situé dans une autre circonscription du département ou dans un autre département.

Pour des traitements exceptionnels qui ne peuvent pas être donnés dans un établissement public, le préfet peut, à la demande du directeur régional de la Santé et de l'Assistance, traiter avec un établissement privé, avec l'approbation du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 30. — L'agrandissement ou la transformation des services d'un hôpital ou d'un hospice est autorisé par arrêté du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, lorsque les travaux sont payés en tout ou partie sur les fonds provenant d'une subvention d'une collectivité publique ou d'un emprunt.

Dans le cas contraire, l'autorisation est donnée par le préfet après avis du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Art. 31. — Les décrets et arrêtés prévus aux articles 28 et 30 sont pris après avis motivé d'une Com-

mission présidée par un conseiller d'Etat en activité de service ou honoraire et composé de sept membres choisis dans la section permanente du Comité d'assistance de France, du directeur du budget au ministère de l'Economie nationale et des Finances et d'un représentant du service des bâtiments civils nommés par décret contresigné du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé.

Parmi les sept membres de la section permanente du Comité d'assistance de France sont choisis obligatoirement un inspecteur général des services administratifs représentant du ministre secrétaire d'Etat à l'Intérieur, un inspecteur général de la Santé et de l'Assistance, représentant le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, un représentant du secrétaire d'Etat au Travail, un représentant des Commissions administratives des hôpitaux et hospices, un membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, désigné par lui, un représentant des maires.

La composition de la Commission pourra être modifiée par un décret pris en forme de règlement d'administration publique et contresigné par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

La Commission apprécie la place et l'utilité de l'établissement dans le plan général de l'organisation hospitalière en France, ainsi que l'importance de ses ressources ; elle s'assure que l'établissement répond aux conditions qui sont fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 35.

Art. 32. — Le changement d'affectation ou la transformation de tout ou partie d'un établissement peut être imposé à la Commission administrative par le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé lorsque le maintien des services dans leur état actuel n'est plus justifié.

Lorsque le changement d'affectation ou la transformation met en cause l'exécution d'un don ou d'un legs, il est statué par décret en conseil d'Etat.

Art. 33. — Les établissements qui ne répondent plus aux exigences de l'hygiène et de la salubrité sont supprimés dans les formes prévues à l'article 28. Il en est de même de ceux qui pratique t exclusivement l'assistance sous form de secours à domicile.

. . . .

Titre V

Dispositions diverses.

Art. 35. — Un ou plusieurs règlements d'administration publique pris, après avis du Comité d'assistance de France et sur le rapport des ministres secrétaires d'Etat à l'Intérieur, à l'Economie nationale et aux Finances, du secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, et, en ce qui concerne l'alinéa 4 ci-après, après avis du secrétaire d'État à l'Education nationale et à la Jeunesse, détermineront les conditions d'application de la présente loi et notamment :

1° Les conditions de fonctionnement des établissements hospitaliers qui figureront dans un règlement modèle annexé ;

2° La classification et les attributions du personnel de toutes catégories ;

3° Le statut du personnel administratif, hospitalier et secondaire ;

4° Le statut du personnel médical comportant en particulier les conditions de recrutement et de nomination des médecins, chirurgiens, pharmaciens, élèves internes et externes, les conditions d'affectation, le cas échéant, des étudiants en médecine et les conditions d'organisation et de fonctionnement des conseils consultatifs dont l'avis doit être pris obligatoirement avant toute sanction ;

5° Les conditions d'admission des catégories

d'hospitalisés visées aux alinéas 1er et 2e de l'article 2 et les règles auxquelles sera soumise l'admission des malades payants ;

6o Les modalités suivant lesquelles seront fixés les divers prix de journée et les règles de perception des honoraires médicaux et chirurgicaux dus par les malades payants ;

7o Les conditions dans lesquelles peuvent être organisés des services de consultation pour les malades dont l'état ne nécessite pas d'hospitalisation ;

8o Les conditions auxquelles doivent être subordonnés la création, l'agrandissement, la transformation ou la suppression d'un hôpital ;

9o Les dérogations à apporter à certaines dispositions de la présente loi en ce qui concerne le fonctionnement des quartiers d'hospice réservés aux aliénés.

....

Art. 37. — Des décrets fixeront les conditions dans lesquelles certaines dispositions de la présente loi seront applicables à l'Assistance publique à Paris, à l'Assistance publique de Marseille et aux hospices civils de Lyon, pour lesquels sont d'ores et déjà valables les dispositions de l'article 15 du présent décret.

Art. 38. — Sont abrogés, le décret du 29 juillet 1939 sur les hôpitaux, la loi du 13 juillet 1935 et le décret-loi du 17 juin 1938 et d'une façon générale toutes dispositions contraires au présent décret dans la mesure où elles s'appliquent aux hôpitaux et hospices.

(*J. O.*, 21 décembre 1941).

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêtés du 17 décembre 1941 :

M. le Docteur Capelle, nommé, à titre provisoire, en qualité de médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources, est maintenu à cet établissement en qualité de médecin chef de service.

M. le Docteur Perusselle, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Quimper, est affecté en la même qualité à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources, en remplacement de M. le Docteur Capelle.

(*J. O.*, 20 décembre 1941.)

Stomatologistes et chirurgiens-dentistes

Décret du 19 décembre 1941 nommant les membres de la section dentaire du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Art. 1er. — M. Hulin, de Paris, docteur en médecine, chirurgien-dentiste, est nommé président de la section dentaire du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

Art. 2. — Sont nommés membres de la section dentaire du Conseil de l'Ordre des médecins :

M. Beliard, docteur en m decine, stomatologiste des hôpitaux de Paris.

M. Billoret, chirurgien-dentiste, ancien président de la Confédération nationale des syndicats dentaires.

M. Dubreuil, chirurgien-dentiste, ancien président du syndicat des chirurgiens dentistes de la Somme.

M. Rachet, de Paris, docteur en médecine, chirurgien-dentiste.

M. le Professeur Viallier, professeur de clinique odonto-stomatologique à la Faculté de médecine de Lyon.

(*J. O.*, 30 décembre 1941.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

MODIFICATIONS A LA LOI DU 7 OCTOBRE 1940 SUR L'ORDRE DES MÉDECINS. — LA QUITTANCE OBLIGATOIRE ET LA RETRAITE DU MÉDECIN. — NOMINATIONS AU CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE. — SUR LE RELEVEMENT DE L'INDEMNITÉ KILOMÉTRIQUE. — SCRUTIN NUL. — DOMMAGES DE GUERRE RELATIFS AUX CABINETS MÉDICAUX DÉTRUITS. — FÉLICITATIONS A UN NOUVEAU RÉGENT. — CRÉATION DE CENTRE DE DIAGNOSTIC SOUS L'ÉGIDE DE L'ORDRE. — LE RELEVEMENT DU PLAFOND DES ASSURANCES SOCIALES.

Une loi du 31 décembre 1941, publiée au *Journal Officiel* du 9 janvier, modifie la loi du 7 octobre 1940 sur l'Ordre des médecins. Voici les dispositions essentielles de ce nouveau texte. Les règlements intérieurs du Conseil supérieur et des Conseils départementaux — et notamment les dispositions relatives à l'inscription au tableau et à la procédure disciplinaire ainsi qu'à la procédure d'examen des recours introduits auprès du Conseil supérieur — seront fixés par un règlement d'administration publique, ainsi que nous l'avons demandé à plusieurs reprises.

Le Code de déontologie est défini par cette loi comme portant le statut de la profession médicale et sera fixé par décret rendu en Conseil d'Etat. Souhaitons, à cette occasion qu'il soit à nouveau étudié à fond et qu'il revête enfin une forme définitive.

Par ailleurs les médecins sont déliés du secret professionnel vis-à-vis du Conseil supérieur et des Conseils départementaux pour toute déclaration effectuée devant ces organismes.

Enfin les membres des Conseils de l'Ordre ainsi que toute personne au service de ces organismes sont tenus au secret professionnel pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur fonction.

***

On sait que la récente loi de finances a mis à la charge des médecins la délivrance obligatoire d'une quittance à l'occasion du paiement de tout acte médical.

Cette quittance est *a priori* peu populaire car elle n'est point faite pour simplifier la vie quotidienne du praticien. Mais il est un moyen d'y intéresser le médecin, comme le fisc l'a fait du client en lui faisant miroiter l'espoir d'un dégrèvement d'impôt.

Remarquons en effet que la loi a dispensé de timbre fiscal cette quittance. Pourquoi ne pas substituer à ce timbre fiscal un *timbre-retraite* dont le montant serait versé à la Caisse corporative que l'on envisage de créer.

Ceci remplacerait avantageusement le *timbre-certificat* dont on avait prôné l'institution, car le

nombre de quittances délivrées sera bien supérieur au nombre des certificats.

D'autre part le client paiera d'autant plus volontiers ce léger supplément de frais, accompagnant normalement toute quittance, qu'il peut espérer y trouver un avantage pécuniaire personnel.

Ainsi se trouveront fraternellement associés le médecin, le client et le fisc. Un tel résultat est trop beau et trop inattendu pour que notre idée ne retienne pas l'attention des autorités compétentes. Nous la leur abandonnons en tous cas en pleine propriété.

***

Dans notre dernier numéro, nous avons indiqué quels étaient les membres du Conseil supérieur de l'Ordre que le sort avait fait désigner comme sortants :

Aujourd'hui nous sommes en mesure de communiquer les noms des nouveaux membres, se sont :

Docteur Barthe, de Paris.

Docteur Durand, de Courville (Eure-et-Loir)

Professeur Lemierre, qui jusqu'alors présidait le Conseil de l'Ordre du département de la Seine.

Docteur Vincent, de Sucy-en-Brie.

***

Voici déjà plusieurs mois que nous avons abordé l'angoissante question du relèvement des tarifs.

Nous avons souligné combien il était urgent pour le Corps médical d'obtenir, non seulement une augmentation du tarif moyen pour clientèle ordinaire, mais surtout une amélioration des honoraires pour soins donnés aux A. M. G., assurés sociaux assistés, blessés de guerre, etc., et plus légitimement encore un réhaussement de l'indemnité kilométrique.

Nous avons exposé pour quelles raisons nous estimions que de telles majorations n'étaient pas interdites par la législation actuelle sur les prix.

Nous avons publié le travail d'un de nos correspondants faisant ressortir le prix moyen du kilomètre parcouru en automobile à 4 fr. 50.

Plusieurs conseils départementaux ont déjà procédé à un réajustement de leur tarif minimum. D'autres vont les suivre. Il ne s'agit pour cela que de discipline et de bonne entente entre confrères.

Mais l'entreprise devient beaucoup plus difficile quand il s'agit d'obtenir l'augmentation des tarifs de collectivités publiques. On le fait bien voir aux médecins.

Certains aménagements doivent être réalisés sur le plan national. Le Conseil supérieur a fait savoir qu'il prenait l'affaire en main. Il semble rencontrer quelque résistance.

Mais pour les tarifs départementaux, la tâche n'est pas plus aisée. Un Conseil départemental de l'Est a demandé, voici six mois, que les tarifs A. M. G., vaccination, protection du premier âge fussent doublés et que l'indemnité kilométrique fût portée de 1 fr. 75 à 4 fr. 50 par kilomètre parcouru. Malgré trois lettres de rap-

pel, aucune réponse de la préfecture. Bien mieux, l'indemnité kilométrique, qui depuis 1937 était fixée à 1 fr. 75, a été diminuée pour 1941 à 1 fr. 40 dans les communes de moins de 5.000 habitants. On paraît vraiment se moquer des médecins.

C'est d'autant plus inadmissible qu'il ne s'agit pas en l'espèce de manque à gagner, mais bien d'un véritable prélèvement opéré sur la bourse du médecin qui doit payer son essence, son huile, etc.

Le Conseil supérieur ne pourrait-il pas obtenir des autorités compétentes que l'indolent préfet soit mis en demeure de montrer une compréhension plus grande des nécessités matérielles des médecins ?

***

Lors de ses dernières séances, l'Académie de médecine n'a pu épuiser son ordre du jour : l'élection du vice-président pour 1942, malgré plusieurs tours de scrutin, est restée en instance.

Un peu de passion ne serait pas étranger à ces élections différées.

***

L'article 4 de l'acte du 12 juillet 1941 subordonnait l'attribution d'allocation forfaitaire aux médecins sinistrés ou la faculté par ceux ci de se faire consentir un prêt, à l'agrément du Conseil supérieur de l'Ordre.

Dans le commentaire de ces dispositions légales, publié dans notre numéro du 31 août 1941 nous avions souhaité que ce pouvoir d'agrément soit délégué par le Conseil supérieur aux Conseils départementaux qui selon nous, étaient plus à même de l'exercer avec équité et en connaissance de cause.

Notre remarque était justifiée puisque les services de la reconstruction viennent de demander au Conseil supérieur de bien vouloir s'en remettre sur ce point aux Conseils départementaux.

C'est donc à ces derniers que nos confrères sinistrés doivent désormais adresser leur dossier de demande d'allocation ou d'emprunt avant de le transmettre au délégué régional à la reconstruction immobilière.

***

Nous apprenons avec un plaisir particulier la désignation de notre ami et colaborateur le Docteur Gros, spécialiste et propagandiste de la médecine du travail, comme vice-régent de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains.

Aux côtés du Docteur Alexis Carrel, il trouvera à ce poste un emploi encore élargi de sa belle activité ; nous lui exprimons ici nos cordiales félicitations.

***

Nous avions souhaité que le Conseil supérieur de l'Ordre s'inspirât des études faites et des réalisations accomplies antérieurement à lui par les syndicats médicaux dans le domaine

des Centres de diagnostic et de la concentration des cabinets médicaux.

Aux dernières nouvelles, ces idées ont fait leur chemin. Le Conseil supérieur demanderait aux Conseils départementaux de considérer la création de centres de médecine sociale (prévention et prophylaxie) et de diagnostic comme un besoin urgent. Les centres de diagnostic auraient pour but de mettre à la disposition de la clientèle moyenne les méthodes modernes d'investigations. Mais ils devraient éviter de concurrencer les médecins traitants sur le plan de la médecine de soins. Ces derniers, par la communication qui leur serait faite des résultats des recherches, y trouveraient au contraire une aide précieuse.

Nous sommes heureux de voir que le Conseil supérieur de l'Ordre paraît enfin vouloir s'engager dans la voie de la réorganisation positive de la médecine libre. Mais il était grand temps !

***

Il était temps en effet, car nous apprenons en dernière heure que le salaire limite pour l'affiliation obligatoire aux Assurances sociales va être porté de 30.000 à 42.000 francs. De l'avis unanime il va en résulter une **énorme extension du régime des Assurances sociales.** Il s'agit en définitive d'un acheminement vers **l'assurance-maladie généralisée.** Le problème des rapports entre médecins et assurance sociale se pose avec une urgence plus grande que jamais

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

5.968. — Extraction de corps étrangers des deux yeux

Un ouvrier vient me trouver,ayant reçu des poussières brûlantes dans les deux yeux au cours d'une soudure autogène. Je dois extraire de la cornée gauche un grain profond, assez difficile à enlever, et de la cornée droite un autre grain moins difficile à extraire.

La nomenclature indique bien : extraction de corps étrangers multiples de la cornée. Mais *quid* pour les deux cornées ?...

En somme ,l'opération a été très analogue à celle indiquée par la nomenclature. J'ai dû cependant faire deux anesthésies.

D'autre part, en une seule séance, pourrait-on compter deux opérations ?

D[r] B.

Réponse

« A la rubrique A, on parle bien d'extraction de « corps étrangers multiples de la cornée », mais non des cornées des deux yeux. Auquel cas. il me semblerait équitable en se basant sur l'art. 10, alinéa 2, de compter 35 francs pour extraction de corps étranger profond de l'œil gauche et (35 : 2), soit 17 fr. 50 pour l'œil droit, soit en tout 52 fr. 50 et cela d'autant plus que vous avez dû anesthésier successivement chaque œil ».

D[r] F. DECOURT.

5.989. — Traitement de l'asphyxie

Je vous serais très reconnaissant de bien vouloir me dire combien je dois tarifer à une Compagnie d'assurances, pour accident du travail, une heure de respiration artificielle pour un homme intoxiqué par l'oxyde de carbone (et qui malgré les soins n'a pu être ramené à la vie).

Dr R.

Réponse

« Vous trouverez dans le tarif accident du travail à l'art. 16, *in fine* : « Traitement de l'asphyxie (avec traction rythmé de la langue, respiration artificielle, etc..., sans cumul avec les dispositions de l'art. 6 ci-dessus)... 55 francs ».

« Or, l'art. 6 traite de la « surveillance prolongée ». Il s'ensuit que la somme de 55 francs est d'ordre forfaitaire, quelle que soit la durée des soins ».

Dr F. Decourt.

b) Assurances sociales

5.851. — K = 8 ou 15 suivant que son coefficient est au-dessous de K 40 ou bien égal ou au-dessus de celui-ci. Et cela pour les spécialités comme pour la chirurgie.

J'ai fait un traitement radiothérapique noté à la nomenclature K 80. Jusqu'ici les malades étaient remboursés sur le taux de K = 15. Or, dans ce dernier cas, les Assurances sociales refusent de rembourser K = 15 disant que le K n'est doublé au-dessus de K 40 que pour les interventions chirurgicales.

Le règlement des Assurances sociales ne fait pas cette réserve. Est-ce légal ?

Dr A. B.

Réponse

Le tarif établi par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938 (tarif de réassurance) dit : « Paragraphe 3 : *Soins spéciaux et interventions chirurgicales à domicile ou chez le praticien* : Le tarif de réassurance du chiffre-clé pour la nomenclature des actes de chirurgie et des actes de spécialités est fixé à 8 francs si le coefficient de la nomenclature est inférieur à 40, et à 15 francs si le coefficient est égal ou supérieur à 40 ».

Est en italique, ce qui concerne les actes de spécialités parmi lesquels est inclus évidemment le « traitement radiothérapique » indiqué dans votre lettre.

Je ne vois pas sur quel texte pourraient se baser les Caisses pour refuser à votre malade un remboursement sur K 15 en l'occurence, et serais heureux d'avoir, de leur part, une « justification », à ce sujet, ce que votre malade serait d'ailleurs en droit de réclamer devant la Commission d'arrondissement instituée à l'art. 36, alinéa 1er du décret-loi du 28 octobre 1935.

Dr F. Decourt.

6.424. — Intervention double sur deux organes symétriques

Un malade assuré social atteint d'ectopie testiculaire double, est opéré.

Le chirurgien a procédé à un abaissement des deux testicules et a compté K 80 + K 80 /2. Les Assurances contestent.

Que faut-il compter ?

Dr T.

Réponse

Par analogie avec la façon de compter du chirurgien pour abaissement des deux testicules en une seule séance, compté $K\ 80 + \frac{K\ 80}{2}$, on peut donner comme exemple très net, la nomenclature suivante : « Cure radicale de la hernie unilatérale Chi K 40 » Et plus loin « cure radicale de la hernie double = K 60. Autrement dit, on compte $K\ 40 + \frac{K\ 40}{2}$ (soit K 20) ce qui donne au total K 60.

N'est-ce pas de cette façon même qu'a compté le chirurgien au sujet duquel vous m'écrivez, et dont la Caisse intéressée conteste la note d'honoraires ? Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

6.000. — Peut on utiliser le gas-oil dans une 202 ?

Peut-on le mélanger à l'essence et quelle est la proportion la meilleure ?

Y a-t-il lieu de craindre dans ces conditions une usure anormale du moteur ?

Dr

Réponse

On ne peut pas utiliser de gas-oil pur à la place d'essence dans les moteurs.

Quant à le mélanger avec l'essence c'est, à mon avis, un procédé peu recommandable : le gas-oil brûle, en effet, incomplètement dans les cylindres, provoque de l'encrassement, fait cogner le moteur et vient se mélanger plus ou moins à l'huile du carter.

Avec 20 % de gas-oil dans l'essence, on arrive néanmoins à marcher, mais dans de mauvaises conditions. Henri PETIT.

FISCALITÉ

6.109. — Impôts des Prisonniers

Etant rentré de captivité fin mai 1941, suis-je exonéré de mes impôts directs pour les années 1939 1940 et 1941. Le contrôleur me répond que les cotes 1941 ne sont remises automatiquement que pour les prisonniers au 1er août 1941.

Dr B.

Réponse

La Circulaire ministérielle du 31 juillet 1941 étendant à l'année 1941 le bénéfice des dégrèvements fiscaux prévus en faveur des prisonniers pour les années 1939 et 1940, édicte en effet que, pour pouvoir en bénéficier les contribuables doivent avoir été prisonniers au 1er août 1941.

De plus, pour 1941, seules les cotes relatives aux Contributions directes doivent être dégrevées, à l'exclusion des cotes des impôts cédulaires.

Si donc vous avez été libéré antérieurement au 1er août 1941, votre Contrôleur a raison en vous refusant le bénéfice du dégrèvement de plein droit pour vos impôts de 1941. Mais vous avez par contre la possibilité d'obtenir une remise gracieuse de ces mêmes impôts.

QUESTIONS DIVERSES

6.132. — Création d'un cabinet de stomatologie

On m'a dit que la création de nouveaux cabinets médicaux et dentaires était provisoirement interdite, ceci afin de ne pas léser nos jeunes collègues encore prisonniers.

Est-ce exact ? Si oui, pouvez-vous me donner la référence au décret ou à la loi.

Dr C.

Réponse

Le décret du 20 mai 1940 stipulait en effet que durant les hostilités était interdite, sans autorisation préfectorale, toute création ou extension des cabinets médicaux et dentaires. Ce décret a été abrogé par la loi du 2 avril 1941 en ce qui concerne les cabinets médicaux.

En tant que stomatologiste, vous suivez évidemment la règle applicable aux médecins, et vous avez donc, en conséquence, toute liberté à l'heure actuelle pour ouvrir un cabinet de stomatologie où vous voulez. Les seules limites posées par la loi du 2 avril sont de respecter les clientèles des médecins prisonniers ou morts au Champ d'honneur.

Par la suite, cette même loi envisage de limiter le nombre des cabinets médicaux dans le cadre du département, mais cette disposition n'est pas applicable pour le moment.

5.684. — Pas de supplément de lait pour les malades en dehors des régimes

Notre petite ville est affligée depuis cinq jours du lait écrémé. Sans chercher à me référer aux textes, il me semblait que j'étais autorisé à délivrer aux malades un certificat pour un supplément de un demi-litre de lait entier par jour. Ce que je fis...

Me suis-je trompé, ou bien une décision officielle a-t-elle été prise autorisant ce mode de suralimentation ?

Dr S.

Réponse

Nous avons bien reçu votre lettre du 20 novembre.

Aux termes de la circulaire ministérielle du 21 décembre, relative à l'alimentation des malades, seuls les bénéficiaires de l'un des quatre régimes qui ont été déterminés, peuvent recevoir un supplément alimentaire en lait.

Ces régimes constituent une modification qualitative de la ration normale, c'est-à-dire que s'il est alloué du lait, il est retiré soit de la viande, soit des matières grasses, soit du pain.

Aucun malade ne peut donc recevoir une allocation supplémentaire de lait en gardant ses attributions alimentaires normales.

Soixante-quatrième année | N° 4 | 25 Janvier 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.. 120 fr. — Etudiants ... 80 fr.

***Le Numéro* ... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques postaux Paris 167-95.

N° 27. — Le Dr Julien, 3 place du Panthéon, Paris, désire entrer en relations avec les médecins présents au 55e R. I. A. Sect. postal 12.693 en juin 1940, en vue de constituer un dossier de libération d'un infirmier actuellement en captivité.

N° 28. — On demande médecin déjà inscrit à un Conseil de l'Ordre pouvant faire remplacement, poste rural, zone non occupée. M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 29. — Médecin anc. ext. hôp. de Paris, cherche remplacement en vue succession possible, région indifférente. M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 30. — A vendre appareil ondes courtes Universonde (Chenaille et Raulot-Lapointe) très bon état (Ondes courtes, diathermie, électro-coagulation), Dr J. Roux, 9, rue Laroche à Albi (Tarn).

N° 31. — Médecin cherche place d'assistant ou d'aide. Condit. modérées. Ecrire M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 32. — Visiteur médical depuis 15 ans, fils de médecin désire s'adjoindre laboratoire pour prospection produits, régions Ille-de-France, Champagne. Dr Bayard, 87, boulevard de Courcelles, Paris-VIIIe.

N° 33. — Dame licenciée ès-sciences (certif. de Physiol. biol. éthnol. et P. C. N.) recherche emploi 3 ou 4 jours ou après-midi par semaine dans labor. ou pour trav. de secrét. bibliogr. documentation ou rédaction scientifique. S'adr. Dr Lavalée, 37, rue de Bellefond, Paris-IXe.

N° 34. — Jeune étudiante, fille de docteur, cherche au quartier latin ou à proximité chambre de prix moyen, chauffée si possible. Ecrire Mme Boulanger, 37, rue de Bellefond, Paris-IXe.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (9e).

Manger vite, c'est manger sans saliver, c'est favoriser la dyspepsie. Sucer des tablettes de **Mangaïne**, c'est saliver abondamment une salive digestive, antiseptique et agréable.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique chirurgicale infantile et orthopédie (hôpital des Enfants-Malades).* — M. le Professeur Jacques LEVEUF a commencé son enseignement le 5 janvier 1942 et le continuera avec le concours de MM. Pierre PETIT, assistant du service, Pierre BERTRAND, assistant d'orthopédie, de MM. BARCAT, ROUGIER et LECŒUR, chefs de clinique, et de Mlle BOY, chef de laboratoire.

ORGANISATION DE L'ENSEIGNEMENT : Le lundi, à 10 heures : Examen des malades nouveaux à l'amphithéâtre du pavillon Kirmisson, par le professeur. — Le vendredi, à 10 heures : Leçon clinique par le Professeur. — Le mardi et le jeudi, à 10 heures : Visite dans les salles par le professeur. — Le mercredi et le samedi, à 10 heures : Opérations par le professeur. — Les mardis, mercredis, jeudis, samedis, à 9 h. 30 : Conférences pratiques sur la chirurgie infantile et l'orthopédie, par les assistants et par le chefs de clinique.

— *Chaire d'anatomie pathologique.* — Le cours complémentaire de spécialité oto-rhino-laryngologique de MM. J. DELARUE et J. LEROUX-ROBERT, qui devait commencer le 8 décembre, a dû être remis à une date ultérieure en raison des circonstances. Il commencera le lundi 2 février 1942, à 16 h. 30, au laboratoire d'anatomie-pathologique, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

— *Cours de pathologie chirurgicale* (Professeur : M. Quénu). — M. Jean PATEL, agrégé, a commencé son cours et le contiue les mardis, jeudis, samedis, à 17 heures, au petit amphithéâtre.

Sujet du cours : Pathologie chirurgicale générale Maladies chirurgicales de la tête, du cou et du thorax.

— **Hôpital psychiatrique Sainte-Anne**, 1, rue Cabanis. — Le dimanche 25 janvier, à 10 heures, leçon du Professeur LAIGNEL-LAVASTINE sur : L'âme de l'adolescent.

A 11 heures, conférences de M. Ey sur le sujet suivant : Position de la psychiatrie dans les sciences médicales.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. JOULIA, agrégé, est nommé professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— **Collège de France.** — Le professeur LERICHE a commencé son cours le 19 janvier et le continuera les lundis et vendredis, à 17 heures. Sujet du cours : Physiologie pathologique des artères et thérapeutique chirurgicale des maladies artérielles.

— **Académie de chirurgie.** *Bureau pour 1942.* — Le bureau de l'Académie de chirurgie pour 1942 est ainsi composé : Président : L. Bazy ; vice-président : Heitz-Boyer ; secrétaire des séances : J. Leveuf ; bibliothécaire : Basset ; trésorier : Toupet.

— **Hôpitaux de Paris.** *Chefs et assistants de services de chirurgie.* — Hôtel-Dieu : M. le Prof. Mondor ; M. Sicard, M. Welti. — Saint-Antoine : M. Bergeret ; M. Hepp. — Necker : M. Jean Berger ; M. Mialaret. — Cochin : M. Fey ; M. Couvelaire, M. le Prof. Mathieu ; M. Padovani. — Tenon : M. Houdard ; M. Aurousseau. M. Maurer ; M. Sauvage. — Laennec : M. Girode ; M. Meillère, M. Gérard-Marchant. — Bichat : M. de Gaudart d'Allaines ; M. Patel. — Broussais : M. Basset ; M. Raymond Bernard. — Boucicaut : M. Guimbellot ; M. Seillé. — Vaugirard : M. le Prof. Brocq ; M. Gueullette. — Ambroise-Paré : M. Sauvé ; M. Thalheimer. — Saint-Louis : M. Bazy ; M. Sylvain Blondin. M. Desplas ; M. Banzet. — Bicêtre : M. Toupet ; M. Alain Mouchet. — Salpêtrière : M. Gosset ; M. Funck-Brentano, M. Jean Gosset.

Accoucheurs. — 1° : *a*) A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. le Docteur Devraigne atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Ravina, de l'hôpital Tenon ; *b*) à l'hôpital Tenon (remplacement de M. le Docteur Ravina), M. le Docteur Lacomme, titularisé.

2° : *a*) A la clinique Tarnier (remplacement de M. le Prof. Jeannin admis à la retraite), M. le Docteur Portes, de l'hôpital Bichat, nommé professeur de clinique obstétricale ; *b*) à l'hôpital Bichat (remplacement de M. le Prof. Portes), M. le Docteur Desnoyers de l'hôpital Bretonneau ; *c*) à l'hôpital Bretonneau (remplacement de M. le Docteur Desnoyers), M. le Docteur Lantuejoul, titularisé.

M. le Docteur Lacomme étant affecté temporairement à la Maternité, est remplacé provisoirement, à Tenon, par M. le Docteur Digonnet, accoucheur des hôpitaux.

Mutations des médecins en 1942 :

I. Services. — Hôtel-Dieu : M. le Docteur Henri Bénard prend le service de M. le Docteur Baudouin ; M. le Docteur Nicaud remplace M. le Docteur Henri Bénard.

Saint-Antoine : M. le Docteur Jacquet remplace M. le Docteur Cain.

Necker : M. le Docteur Richet remplace M. le Docteur Aubertin.

Enfants-Malades : M. le Docteur Chevalley remplace M. le Docteur Richet.

Cochin : M. le Docteur Coste remplace M. le Docteur Chevallier.

Bichat : M. le Docteur Rivet remplace M. le Docteur Boidin ; M. le Docteur Paraf remplace M. le Docteur Nicaud.

Broussais : M. le Docteur Chevallier prend le service créé.

Ambroise-Paré : M. le Docteur Decourt remplace M. le Docteur Jacquet ; M. le Docteur Péron remplace M. le Docteur Lèvesque.

Claude-Bernard : M. le Docteur Gelice remplace M. le Docteur Marquézy.

Saint-Louis : M. le Docteur Degos, médecin des hôpitaux, faisant fonctions de chef de service, remplace M. le Docteur Tzanck.

Trousseau : M. le Prof. Cathala prend le service de M. le Docteur Paisseau ; M. le Docteur Marquézy remplace M. le Docteur Cathala.

Enfants-Assistés : M. le Docteur Lelong prend le service de M. le Prof. Lereboullet.

Salpêtrière : M. le Docteur Levesque remplace M. le Docteur Ribadeau-Dumas.

Ivry : M. le Docteur Perrault, médecin des hôpitaux, faisant fonctions de chef de service, remplace M. le Docteur Coste.

II. Consultations. — M. le Docteur Escalier, hôpital Tenon ; M. le Docteur Hillemand, hôpital Saint-Louis ; M. le Docteur de Brun du Bois Noir, hôpital Laennec ; M. le Docteur Albot, Hôtel-Dieu.

— **Préfecture de police.** — M. le Docteur Cambessédès, directeur du laboratoire des épidémies, est nommé inspecteur général des services d'hygiène en remplacement de M. le Professeur Tanon atteint par la limite d'âge.

— **Conseil municipal de Paris.** — *Ont été maintenus* conseillers municipaux de Paris : MM. les Docteurs Brunerye (4e arrond.) ; Crussaire (7e arrond.) ; Calmels (13e arrond.) ; Torchaussé (18e arrond.).

Ont été nommés conseillers municipaux de Paris : M. le Docteur Brodin (1er arrond.) ; le professeur Max Jayle (17e arrond.).

— **Hôpital de Dreux.** *Concours pour un emploi de médecin électro-radiologiste.* — Un concours sur titres est ouvert pour un emploi de médecin électro-radiologiste à l'hôpital de Dreux.

Peuvent seuls prendre part à ce concours les Français jouissant de leurs droits et possédant la qualité de Français à titre originaire comme étant nés de père Français, titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et possédant en outre un des titres suivants : certificat de radiologie ; diplôme

de radiologie ; assistant de radiologie des hôpitaux d'une ville de Faculté.

Le traitement total annuel est de 3.000 francs.

Les demandes d'inscription accompagnées des différentes pièces à produire pour la constitution du dossier devront parvenir à la Préfecture (Inspection de la Santé, 6, rue de Beauvais, à Chartres) au plus tard le 15 février 1942.

— **Naissances.** — Le Docteur et Madame Gaston Roux, sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Christiane*.

Le 12 décembre 1941. Langogne-Pradelles.

— Le Docteur et Madame Guy Castello ont le plaisir de faire part de la naissance de leur fille *Annie*.

Argenteuil, le 4 décembre 1941.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Voutier, de Chambéry, décédé le 8 août 1941 ; du Docteur Pierre Cartier, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine ; du Docteur Yves Lemaitre, chef de clinique à la Faculté de Paris, qui avait été chargé provisoirement de l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie à la Faculté d'Alger.

— Le Docteur Guillaume Ducastel, de Boulogne sur-Seine, a la grande tristesse de faire part de la mort de Madame Guillaume Ducastel, née Marie-Antoinette Sabatier, décédée le 25 décembre 1941, à l'âge de 55 ans.

Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine

Communiqué

En raison de quelques plaintes qui lui sont parvenues, le Conseil de la Seine de l'Ordre des médecin croit devoir rappeler aux médecins du département les dispositions du Code de déontologie relatives aux honoraires et notamment celles des articles 18 et 21. Les questions d'honoraires doivent être traitées avec tact et mesure et s'il est interdit au médecin de pratiquer directement et par voie détournée l'abaissement habituel de ses honorairee au-dessous des tarifs minima fixés par le Conseil départemental de l'Ordre, le médecin doit, par contre, proportionner ses honoraires à la situation de fortune du malade.

Ces prescriptions sont particulièrement valables pour les maladee de situation modeste et pour le plus grand nombre des assurés sociaux. Si des honoraires abusifs étaient demandés par certains médecins, chirurgiens ou spécialistes, le Conseil de la Seine de l'Ordre des médecins ne manquerait pas d'intervenir disciplinairement auprès de ces médecins, chirurgiens ou spécialistes.

Ainsi qu'il a déjà été annoncé dans la presse professionnelle, les honoraires minima fixés par le Conseil de la Seine de l'Ordre sont, depuis le 1er novembre 1941 de 35 francs pour la consultation et de 40 francs pour la visite à domicile, la valeur du chiffre-clé étant de 25 francs pour les actes de pratique médicale courante (nomenclature de la Seine) et de 20 francs pour les actes de chirurgie et de spécialités (nomenclature nationale).

Union Médicale Française

Sur proposition du Docteur J.-L. Millot, trésorier, le Comité central de l'Union médicale Française, dans sa réunion plénière du 11 janvier 1942, a, décidé à l'unanimité de mettre les excédents de l'exercice 1941 à la disposition de la Fédération des Amicales de médecins du Front, pour envoi de livres aux confrères prisonniers.

Tous les membres de l'Union médicale Française approuveront certainement cette mesure qui emploie ainsi très utilement le solde des cotisations versées par eux.

Considérant d'autre part, les charges corporatives et fiscales toujours croissantes qui accablent les médecins, le Comité central renonce à réclamer la cotisation de 1942. Les Conseils de l'Ordre ayant décidé de prendre en mains la défense des intérêts professionnels et percevant pour ce faire des sommes importantes, le Comité central de l'Union médicale Française estime en effet que, sur ce plan du moins, notre action devient difficile.

En conséquence, il prie les confrères de transmettre directement aux Conseils les réclamations qui, jusqu'à présent, lui étaient adressées.

Après examen de la situation actuelle et de la position prise par le Secrétaire d'Etat à la santé et par les Conseils, le Comité central de l'Union médicale Française décide de s'ajourner jusqu'au moment où une véritable politique corporative deviendrait possible, dans le cadre d'une Révolution nationale effective et sincère.

Le Comité central.



La Maison du médecin

(Chateau des Charmilles, Valenton, Seine-et-Oise)

Les restrictions actuelles mettent, nous n'en doutons pas, les médecins âgés (surtout s'ils sont seuls) dans une situation critique. Or, le *Château des Charmilles à Valenton* (*Maison du Médecin*) dispose de quelques chambres que nous serions heureux de voir occupées *autant que possible* par des médecins *seuls*, veufs ou célibataires.

Les statuts de la *Maison du Médecin* exigent que les pensionnaires soient âgés d'au moins 60 ans, soient *valides* et payent un prix de pension en rapport avec les ressources qu'ils possèdent et qui doivent être insuffisantes pour assurer leur subsistance. (Pour de plus amples renseignements s'adresser au siège social de la Maison du médecin, 51, rue de Clichy, Paris-IXe).

Ecole libre des Sciences Médicales

Siège social : 39, rue Scheffer, Paris (XVIe)

Liste des Conférences pour le 1er trimestre 1942 données en l'Hôtel des Sociétés Savantes, rue Danton :

Mercredi 7 janvier 1942, à 20 h. 30, M. Lecoq : Les déséquilibres alimentaires et nutritifs ; M. Laville : L'équilibre aéro-anaérobie.

Mercredi 14 janvier 1942, à 20 h. 30, M. Maignon : Les phénomènes mentaux et les mécanismes physiologiques ; M. Thooris : Sexualisation des sexes.

Mercredi 21 janvier 1942, à 20 h. 30, M. L.-F. Céline : La médecine standard.

Mercredi 28 janvier 1942, à 20 h. 30, M. Bérillon : L'hypnotisme au point de vue médical, pédagogique et psychologique (avec projections) ; M. Laville : La notion de pH.

Mercredi 4 février 1942, à 20 h. 30, M. Goret : Les maladies infectieuses des animaux, maladies transmissibles à l'homme ; M. Wicart : Lois psychologiques des fonctions vocales.

Mercredi 11 février 1942, à 20 h. 30, M. Pigeon : Thoracoscopie ; M. Bordier : Méthode d'aspiration endo-cavitaire dérivée du principe de Bier : ses applications générales en gynécologie.

Mercredi 18 février 1942, à 20 h. 30, M. Thooris : Morphologie et pédagogie ; M. Goret : Immunisation et sérothérapie en médecine.

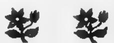
Mercredi 25 février 1942, à 20 h. 30, M. Cattier : Le problème blennorrhagien et les prophylaxiesopérantes ; M. Cornet : Le problème du trachome.

Mercredi 4 mars 1942, à 20 h. 30, M. Wicart : Les conséquences professionnelles et artistiques de la phonation ; M. Laville : Vicq d'Azir et l'anatomie hormonologique.

Mercredi 11 mars 1942, à 20 h. 30, M. Molinéry : Bordeu et l'histoire de l'enseignement libre dela médecine ; M. Allaix : L'intersexualité facteur d'anarchie.

Mercredi 18 mars 1942, à 20 h. 30, M. Leduc : Les excipients modernes en pharmacie. ; M. Bérillon : La psychothérapie envisagée comme spécialité autonome.

Mercredi 25 mars 1942, à 20 h. 30, M. Paul Le Cour : Conception philosophique de la force vitale ; M. Pascalis : L'équilibre vago-sympathique et l'anesthésie générale.



TOUBIB EN RETENUE

Il y a peut-être des malades urgents qui m'attendent, peut-être un ventre qu'il me faudra evoir d'heure en heure ; pourtant je ne partirai pas ce matin, la file des quémandeurs de certificats s'allonge dans le couloir et me retient au passage.

Voici justement Madame X... ; j'ai vu son mari hier soir pour une arthrite tibio-tarsienne gauche, il a présenté déjà en août dernier une crise qui l'a retenu au lit pendant un mois et a nécessité quatre visites de ma part ; il en avait guéri avec un certain degré d'ankylose. Hier soir, je l'ai examiné. Je lui ai fait une ordonnance ; la crise qu'il présente est moins forte que la première, et je pense qu'il s'en tirera facilement ; cependant l'ankylose n'en sera pas améliorée.

J'ai pensé que les 35 francs qui m'ont été alloués représentaient le prix de mon examen et de mes conseils, mais ce matin, voici le travail qu'il me faut ajouter :

1° Remplir la feuille d'assurances sociales ;
2° Un certificat d'arrêt de travail pour l'usine ;
3° Un régime n° 4 (le salicylate lui abîme l'estomac) ;
4° Un bon de charbon ;
5° Une attestation de maladie pour relèvement de la consommation d'électricité ;
6° Un bon de charbon pour le Secours national (dans cette commune, le Secours national donne des briquettes aux malades) ;
7° Un bon pour des sous-vêtements chauds (il faut penser aux sorties) ;
8° Un bon pour des chaussures orthopédiques ;
9° Un bon de priorité pour des pneus de bicyclette, le trajet jusqu'à l'usine lui étant plus facile à *bicyclette qu'à pied à cause de l'ankylose ;*

10° Une attestation qu'il était malade en août dernier et n'a pu se déplacer pour prendre sa carte de tabac ;

11° Un relevé de mes honoraires pour les quatre visites de 1941. Le malade pensant se faire dégrever d'autant pour l'impôt sur les salaires.

Quand j'apprends qu'une pénurie de papier nous menace, j'esquisse un sourire satisfait.

Dr J. P.

Il est temps d'agir

D'un de nos lecteurs la lettre-programme suivante :

C'est toujours avec un grand intérêt mais une certaine inquiétude que je prends chaque semaine connaissance de votre journal.

Il m'a permis de suivre pas à pas l'évolution des idées médicales dans la tourmente actuelle ; vous avez semé généreusement projets, suggestions et donné tous les matériaux nécessaires à une refonte totale de notre profession.

Pour ma part, je vous en félicite et en ce début d'année, je vous souhaite de réussir dans vos aspirations les plus généreuses et surtout d'obtenir de nos dirigeants qu'ils passent à l'action.

Je crois, en effet, qu'il serait actuellement malsain de prolonger à plaisir une discussion, qui, devenue chronique, témoignerait de notre indécision, de notre hésitation et finirait par ne plus signifier que notre impuissance.

Le moment est donc venu de décider et d'agir. Pour décider et agir il faut s'isoler de la masse ; cela ne peut appartenir qu'à l'autorité responsable chargée de nous tirer du marasme. Il faut de toute votre influence essayer d'obtenir de la tête désignée pour diriger nos débats que, seule en face de sa conscience, et sans plus tarder, elle agisse. Nous n'avons perdu que trop de temps.

Pour un observateur impartial en effet, le seul résultat tangible obtenu jusqu'ici, c'est l' « augmentation des fonctionnaires, l'augmentation de la cherté de la vie, la diminution du revenu professionnel moyen et, comme nouvelle épée de Damoclès, destinée à refroidir encore davantage notre enthousiasme, une menace d'augmentation d'impôts pour les professions libérales ».

Ce résultat est loin d'être brillant, il ne correspond pas à l'esprit de la Révolution nationale, telle que l'a conçue le Maréchal.

Il est, semble-t-il, encore temps de nous ressaisir et, pour les dirigeants actuels de notre profession, de reprendre en mains une réforme qui pourrait être définitivement compromise par leur indécision.

Encore une fois, il faut agir ; je crois que c'est le désir de la plupart des médecins.

Dr CASTETS (Bazas).

COURRIER LITTÉRAIRE

Chez DENOËL

Les copains de la belle étoile, de Marc AUGIER, un roman de grande envergure, un roman de plein air, où l'auteur, un jeune du type viril conte la belle aventure d'un groupe de jeunes gens qui voulait échapper à la médiocrité des années d'avant-guerre.

Dialogue à un seul personnage, de Maria LE HARDOUIN, une étude psychologique de l'adolescence et de l'amour.

Voir la suite page XLIII-135

PROPOS DU JOUR

A PROPOS DE LA RÉFORME GOUVERNEMENTALE CE QUE LE PUBLIC ÉCLAIRÉ PENSE DU CORPS MÉDICAL

Nous croyons intéressant de faire connaître à nos lecteurs les idées émises dans un petit volume que nous venons de recevoir intitulé : *Lettres à un ami de province sur la Réforme gouvernementale* par Jean Détrois avec préface de René Gillouin (1).

***

Jean Détrois est un pseudonyme qui, s'il faut en croire M. R. Gillouin, cache « un de ces hommes trop rares dans la France d'aujourd'hui qui unissent les dons de l'action à ceux de la pensée », qui ont acquis l'expérience « dans la pratique des grandes affaires et, dans le commandement des hommes » et dans de « hautes fonctions successivement occupées ». L'opinion d'une aussi forte personnalité sur la situation présente devait au premier chef nous intéresser d'autant plus que M. Jean Détrois consacre une de ses lettres à *la Santé publique* et donne son avis sur notre profession.

***

Tout d'abord l'auteur examine la question du *régionalisme* et des *provinces*. Il trouve, bien qu'ayant pour Paris une affection véritable, que cette ville occupe une place trop importante dans la vie nationale. La décentralisation des pouvoirs gouvernementaux est devenue nécessaire. Il croit que les provinces à la tête desquelles seraient des gouverneurs, conseillés par des délégués locaux compétents, choisis ou élus dans chaque profession, remplaceraient avantageusement les parlementaires auxquels le séjour dans la capitale où ils font figure de déracinés est démoralisant et funeste. Le Pouvoir central unifierait les lois, administrerait directement l'armée, la marine, la diplomatie, la police, les finances, laissant aux pouvoirs provinciaux l'entretien des routes, des voies d'eau, l'organisation et la gérance de l'instruction publique et technique, des services hospitaliers, des assurances sociales, de la Santé publique, de l'assistance, etc.

Pour créer une telle organisation il convient de disposer d'un cadre de fonctionnaires, choisis dans des *élites*. M. Jean Détrois avoue qu'il est difficile actuellement de résoudre le problème de l'élite et sa formation ne saurait être improvisée. Il croit que l'Armée et (surtout) la Marine ont en réserve des hommes nouveaux. « Nous serions coupables, dit-il, de les investir de fonctions auxquelles ils ne sont pas préparés, mais encore plus répréhensibles de négliger leur valeur, car l'élite est à former et nous n'avons pas le droit d'en restreindre le recrutement. »

Nous sommes bien de cet avis et approuvons les réserves de M. J. Détrois. Mais il faut se garder de généraliser ; on peut trouver, surtout dans l'Armée coloniale et dans la Marine, de bons administrateurs. M. J. Détrois conseille pour les futurs fonctionnaires un séjour à l'étranger et un stage dans des Ecoles d'administration, ce que l'on ne saurait trop approuver.

Après avoir traité dans une lettre les questions assez imprécises de *la bourgeoisie* et de *l'argent* et flétri comme elles le méritent la fraude et la dissimulation des revenus à l'égard du fisc et l'avarice, l'auteur aborde des questions qu'il connaît à fond, *le commerce et l'industrie*.

Actuellement, dit-il, la popularité d'un patron est en raison inverse du nombre des ouvriers qu'il emploie et de l'importance de ses affaires pour l'intérêt national. Il faut exiger que le commerce et l'industrie remplissent tous leurs devoirs, mais aussi qu'on les respecte et qu'on réprime la diffamation. Il faut que tous ceux qui collaborent à une affaire soient étroitement solidaires. Le salut exige la mise en commun de toutes leurs ressources, de toutes leurs forces, de tout leur enthousiasme. Il faut éviter les concurrences stériles. L'autorité du patron doit

(1) Sequana, Editeur Paris.

s'imposer, mais il est porteur de responsabilités et doit assurer le respect du travail dans tous ses droits légitimes.

La cinquième lettre est consacrée au *retour à la terre*, mais, comme nous, M. Jean Détrois est persuadé qu'on ne doit pas exagérer son importance. Sans doute trop de fonctionnaires, d'employés de toutes sortes ont été pris à l'agriculture, mais pour ces derniers la réadaptation aux travaux de la terre sera très difficile et très dure. On doit tout d'abord faciliter la vente des produits agricoles et améliorer les conditions de vie à la campagne, mettre en accord le salaire du consommateur avec la rétribution au producteur paysan pour permettre à ce dernier de vivre.

Il y a beaucoup à faire à la campagne : amélioration de l'habitation et des moyens de communications rurales, adductions d'eau, électrification, développement de l'artisanat agricole, multiplication des fabriques de conserves, des sécheries de fruits, des laiteries, des fromageries, des scieries, des tanneries, des meuneries, des ateliers de réparations des tracteurs, des camions, etc.

La vie agricole doit être actuellement à demi industralisée pour être prospère. Il faut que le paysan ait sa part de distractions et de bien-être (cinéma ambulant, T. S. F.)

Une des causes de la dépopulation des campagnes est le démembrement de la propriété paysanne par l'héritage et la suppression du droit d'aînesse. Cela pose la question agraire et heurte violemment notre sentiment d'égalité; ce sont des problèmes qui ont été dans tous les pays et à toutes les époques très difficiles à résoudre et qu'il faut aborder avec prudence.

***

M. Jean Détrois dans sa sixième lettre effleure la question de la *Santé publique*. Il s'élève d'abord contre l'opinion qui fait de la civilisation la cause de la dégénérescence de notre race. Les véritables causes (licence des mœurs, abus de l'alcool, abandon de l'homme à la misère, etc.) peuvent et doivent être enrayées.

Notre pays est indiscutablement en retard sur les autres nations civilisées au point de vue de l'hygiène. Il n'est que temps de réagir contre les vices héréditaires et les maladies sociales qui sont insuffisamment combattus. M. Jean Détrois fonde de grands espoirs sur un apostolat nouveau, celui des assistantes sociales et sur le Corps médical.

Nous ne saurions mieux faire que de reproduire textuellement le passage qu'il consacre à notre profession :

« A quoi avons-nous assisté, ces dernières années ? A une commercialisation de plus en plus grande de la magnifique profession médicale. De là cet usage de la « dichotomie », qui a pris en France et dans quelques pays étrangers, les proportions d'un véritable désastre.

Le Corps médical resté sain dans sa grande majorité, se redresse et ne veut pas être confondu avec des « mercantis » sans scrupules. Mais l'heure d'agir est venue. On objectera que si nous enlevons au médecin une partie de ses ressources, nous devons lui permettre de vivre honorablement. La formule peut être trouvée grâce à l'union des médecins avec des Caisses, des Associations, des Syndicats. Il y aura dans chaque agglomération un peu importante un service médical complet, et il n'est pas obligatoire que le médecin devienne pour cela un fonctionnaire.

Il faut, au contraire, que tout en ayant à assurer le respect de certaines règles imposées dans l'intérêt de la Santé publique, il soit libre et que le malade fasse appel au médecin de son choix. Mais la fonction sera réglementée ; l'indépendance et l'autorité morale du médecin devront en sortir renforcées et non diminuées. »

***

Enfin M. J. Détrois termine par une septième lettre sur la *Renaissance morale*. D'après lui, la cause profonde de notre triste situation est ce que Faquet a appelé « l'irreligion nationale » Il prêche la tolérance et demande qu'on confonde dans le même respect « tous ceux, d'où qu'ils viennent, qui mettent au premier plan le désintéressement, la charité, les vertus de tolérance et de solidarité. » Le peuple était en France imprégné de traditions chrétiennes, dont nos églises et nos cimetières sont les témoins, et l'on a eu le grand tort d'essayer d'amoindrir, sinon de faire disparaître, ces traditions qui ont pendant des siècles assuré la prospérité de notre pays.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

PSEUDO-RHUMATISME SYPHILITIQUE PRÉCOCE

Par le Docteur Maurice PERRIN

Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Nancy

Les médecins pensent assez volontiers à la syphilis, lorsqu'ils se trouvent en présence d'atteintes articulaires chroniques ; mais ils ont le tort d'y penser trop rarement quand il s'agit de manifestations aiguës.

L'observation que voici en est la preuve, car nous avons dû rectifier le diagnostic primitif, rectification qui a permis de faire bénéficier la malade du traitement curatif indispensable, auquel aucune thérapeutique antirhumatismale ne peut suppléer.

Une jeune femme de 24 ans, cultivatrice, bien constituée, nous est envoyée à l'hôpital avec le diagnostic de rhumatisme compliqué d'éruption médicamenteuse.

Elle eu la rougeole à 10 ans, et a été atteinte à 11 ans d'une poussée classique de rhumatisme articulaire aigu, qui la tint alitée pendant un mois. Elle a de temps en temps des poussées d'acné sur la face et sur le thorax, à éléments peu nombreux, dont elle donne une description caractéristique.

Célibataire, elle travaille beaucoup pour remplacer dans le ménage et à la ferme sa mère âgée de 50 ans, qu'un rhumatisme chronique rend impotente depuis sept ans.

La maladie actuelle, pour laquelle elle entre à l'Hôpital central le 18 octobre 1912, la tient alitée depuis le 1er août, date à laquelle elle se mit à souffrir beaucoup de céphalée et de douleurs dans les articulations des quatre membres et du cou. En précisant l'interrogatoire, on apprend que la céphalée est intense, diffuse, et plus accentuée la nuit ; et que si les articulations sont douloureuses, elles sont peu ou pas tuméfiées, alors qu'elles l'avaient été beaucoup à l'âge de onze ans ; de plus, cette fois, les douleurs sont moins limitées aux articulations : elles s'irradient le long des segments osseux, et elles prédominent, elles aussi, pendant la nuit ; ce sont, en somme, des douleurs ostéocopes.

La malade a été légèrement améliorée par la prise buccale de salicylate de soude, mais elle souffre encore beaucoup après deux mois et demi. En outre, elle s'inquiète d'avoir constaté depuis quelques jours des boutons sur sa face, son thorax et ses membres ; elle ne peut en préciser le début. Ces « boutons » sont indolores et ne l'incommodent pas comme les pustules d'acné antérieures, sauf un très petit nombre de véritables éléments pustuleux acnéiques, perdus dans la masse des autres éléments.

Ceux-ci sont des macules et des papules. Les macules, rosées avec un léger reflet cuivré, prédominent sur le front et sur les joues, où il y a peu d'éléments papuleux ; on en voit moins sur le tronc et sur les membres. Ici, la majorité des éléments sont papuleux, arrondis, saillants, de coloration rouge cuivré, et présentant souvent un furfur périphérique (couronne de Biett) ; il en est de même sur le pourtour de l'orifice buccal. Il y a une légère micropolyadénopathie, mais nous n'avons pas trouvé d'adénopathie importante. Les muqueuses buccale et vulvaire ne présentent que quelques macules ; la malade a refusé un examen vaginal.

Bien que les circonstances d'alors n'aient pas permis de faire une vérification sérologique, tout cet ensemble nous a convaincu de la nature syphilitique des douleurs et de l'éruption, l'infection étant en pleine période secondaire depuis trois mois environ. Le diagnostic devait donc être rectifié, tant en ce qui concernait les articulations qu'en ce qui concernait l'éruption : la malade n'avait pas pris d'autre médicament que du salicylate de soude, à dose classique.

Nous n'avons rien su de l'origine de l'infection (à laquelle le médecin traitant ne voulait pas croire, pour des motifs d'honorabilité) ; nous n'avons pas été fondés à retenir une infection accidentelle venant d'un des frères de la malade, atteint d'une éruption à la face assez récente, qui n'a pas été montrée au médecin et nous a été mal décrite.

En l'absence d'adénopathie prédominante, qui aurait dû laisser encore des traces à cette date, nous avons soupçonné que le chancre avait été situé au fond du vagin.

Il n'existait aucun trouble viscéral ; la température était normale au moment de l'hospitalisation.

Ayant conclu à un pseudo-rhumatisme syphilitique et à une éruption secondaire, nous n'avions plus qu'à instituer un traitement actif, qui devait à la fois confirmer notre diagnostic et guérir tous les accidents actuels.

Dès le lendemain de l'entrée de la malade, E. Cadoré (1) lui fit une injection intraveineuse de 0 gr. 15 de novarsénobenzol ; il n'y eut aucune réaction immédiate, mais dès le lendemain de l'injection, le 20 octobre, les douleurs s'atténuèrent et la malade dormit mieux ; les éléments éruptifs de la face pâlirent un peu.

Nouvelle injection intraveineuse de 0,30 le 22 octobre, suivie d'une nouvelle atténuation de la coloration des macules et papules de la face.

Cinq jours après, injection de 0,60 ; les taches se mettent à pâlir sur le tronc et les membres, et les papules sont moins saillantes. La diminution des douleurs est de plus en plus manifeste.

Cette dernière injection ayant été un peu douloureuse (il s'agissait à cette époque d'injections volumineuses), la malade se refuse à en recevoir d'autres ; d'autre part, elle fait part de son intention de sortir très prochainement de l'hôpital, ce qui nous oblige à envisager un traitement qui puisse être continué par son médecin, qui n'avait jamais eu l'occasion de faire des injections intraveineuses.

---

(1) Emile CADORÉ qui s'occupa de cette malade avec moi, était interne des hôpitaux de Nancy de la promotion de 1911. Il fit sa carrière comme chirurgien à La Fère. Nous avons eu le regret d'apprendre sa mort en 1929.

Une série d'injections d'huile grise de Hg est alors prescrite ; elle est commencée le 30 octobre par une injection de huit divisions de la seringue de Barthélemy. A cette date, les taches sont invisibles et les douleurs insignifiantes.

La malade quitte l'hôpital le lendemain (1).

La syphilis ignorée de cette jeune femme, dont l'éruption maculeuse et papuleuse secondaire a été remarquée plus de deux mois après le début des douleurs articulaires, a donc provoqué celles-ci à une phase tout à fait initiale de l'infection, contemporaine de la diffusion des tréponèmes dans l'organisme (encore qu'il soit possible de penser que l'éruption n'a pas été aperçue dès le moment de son apparition). A cette époque de la maladie, il y a souvent des manifestations fébriles, parfois importantes (2), plus souvent discrètes ; chez notre malade, il n'y a pas eu de fièvre apparente. C'est là un signe qui eut pu rendre improbable l'hypothèse de rhumatisme articulaire aigu.

L'intensité et la dissémination des douleurs articulaires étaient au contraire en faveur de cette hypothèse. Toutefois l'analyse de leurs caractères donnait des notions discordantes : absence de tuméfactions articulaires (sauf peut-être aux genoux) ; intensité et constance des irradiations douloureuses le long des membres ; exacerbations nocturnes particulièrement nettes ; coexistence d'une céphalée pénible et tenace.

L'éruption, examinée dans les conditions difficiles de la pratique rurale, avait été considérée par le médecin traitant comme une éruption toxique d'origine médicamenteuse ; d'autre part, il n'avait pas envisagé la possibilité d'une syphilis, pour des raisons extra-médicales. En fait de médicaments, la malade n'avait pris que du salicylate de soude, sans excès et pendant une durée banale ; ce médicament est loin d'être aussi agressif pour la peau que certains autres, les iodures et les bromures par exemple. En l'absence de tous signes d'intolérance au salicylate de soude, son rôle paraissait bien incertain. D'ailleurs, les caractères des macules et des papules en signaient la nature syphilitique (abstraction faite des quelques éléments acnéiques signalés comme tels). Enfin, les effets rapides du traitement ont apporté une dernière preuve péremptoire ; il ne s'agissait pas de rhumatisme compliqué d'une éruption médicamenteuse, mais de syphilis secondaire cutanée et articulaire.

Parmi les formes cliniques décrites de la syphilis ostéo-articulaire à la période secondaire (1), quelle étiquette devons-nous mettre plus spécialement sur notre cas ? Peut-être pouvons-nous dire qu'il y a eu des réactions d'arthro-synovite aux genoux, mais dans l'ensemble, il s'agissait d'arthralgies avec atteintes périostées diffuses.

Ce cas, chez un sujet jeune, est à rapprocher, par exemple, à divers points de vue, de la deuxième des observations de Paul Gastou (2), concernant un garçon de 20 ans, dont la syphilis était certaine et dont le traitement avait été interrompu, et qui fit, au quatrième mois, une poussée polyarticulaire avec synovites (pseudo-rhumatisme syphilitique d'Alfred Fournier). Notons cependant que ce malade avait une température fébrile que n'avait pas la nôtre. Un traitement judicieux le guérit rapidement de ses manifestations articulaires.

La même différence d'action entre les cures salicylées, qui ont seulement un effet sédatif incomplet, et le traitement de la syphilis, qui guérit les malades, s'observe aussi dans d'autres formes : hydarthroses avec ou sans ostéophytes, pseudo-tumeurs blanches, synovites tendineuses, etc.

Les arthralgies sont parmi les manifestations les plus fréquentes ; elles n'ont pas souvent l'intensité qu'elles avaient chez notre malade, mais on les constate fréquemment parmi les courbatures et sensations pénibles, dont se plaignent les syphilitiques au début de la période secondaire, et parfois pendant assez longtemps si le traitement tarde à intervenir.

Que devons-nous conclure ? Naturellement, il faut toujours examiner minutieusement les malades. Mais il faut aussi penser que nul être humain n'est assuré d'être à l'abri de la syphilis (les uns s'y exposant, d'autres pouvant l'acquérir innocemment). Mon maître Paul Spillmann, qui avait été l'interne du Professeur Alfred Fournier, insistait souvent sur les motifs qui obligent les médecins à penser inlassablement à l'éventualité de la syphilis (3), maladie polymorphe et grande simulatrice. Pour bien traiter tous les malades ou pour instituer à propos des traitements d'épreuve, il faut « avoir l'esprit préalablement orienté dans cette direction, croire à la fréquence de la syphilis latente, et savoir qu'elle peut se cacher sous les apparences morbides les plus diverses. »

(1) Cette observation a figuré au chapitre du diagnostic différentiel dans la thèse de André FAZAKAS : Les manifestations dermatologiques de la maladie de Bouillaud (Nancy, 31 juillet 1941). Cette thèse est la dernière qu'a inspirée le Professeur Louis Richon, avant son passage à l'honorariat.

(2) Maurice PERRIN, Jean BENECH et Jules MASSON. — La typhose syphilitique. *Paris médical*, 1914. Voir aussi la thèse de J. Masson.

(1) BONNET. — Rhumatisme syphilitique précoce. Société nationale de médecine de Lyon. *Presse médicale*, 1921, n° 27 (23 mars), page 240.

(2) Paul GASTOU. — La syphilis ostéo-articulaire (arthrites et arthropathies). *Paris médical*, 3 mars 1923, page 200.

(3) Paul SPILLMANN. — Pourquoi il faut toujours penser à la syphilis. Livre jubilaire du Professeur J. Teissier, 1910. *Province médicale, Gazette médicale de Paris.*

COMPLICATIONS VACCINALES ANTITYPHOPARATYPHOIDIQUES

(Essai Pathogénique)

Par MM. J. Martinie Dubousquet et L. Grollet

Nous avons réuni quelques observations de complications post-vaccinales antityphoparatyphoïdiques. Nous allons tenter de classer ces observations et de les interpréter au point de vue pathogénique chapitre par chapitre.

Le lien de ces complications avec l'acte vaccinal se fonde sur :

— leur venue dans un délai court ou relativement court après l'injection ;

— ou bien leur apparition à la suite d'un état de malaise prolongé, mal défini tout d'abord, mais immédiatement consécutif à la piqûre ;

— des constatations antérieures analogues et déjà signalées à propos de vaccinations antityphoparatyphiques ou d'autres vaccinations.

I, Première catégorie de faits

a) *Herpès.*

Alphonse So..., tourneur sur métaux, âgé de 39 ans, n'indique pas d'autres antécédents pathologiques qu'une blennorragie en 1927 qui s'est bien terminée en 1927.

Volontairement ou involontairement il ne veut ou ne peut préciser la quantité de vin qu'il absorbe au repas, mais il semble bien qu'en dehors des repas soit bue une assez grande quantité de vin et de bière. En tout cas le sujet n'accuse ni zoopsie, ni pituites matinales.

Ce sujet a été vacciné en 1922 contre la fièvre typhoïde pendant son service actif. Cette première vaccination ne s'est accompagnée d'aucune réaction.

Nouvelle vaccination le 16 novembre 1939 (vaccin T. A. B.) après l'examen d'urine d'usage ; cette vaccination a été pratiquée vers 10 h. 30.

Une heure environ après la piqûre le sujet a présenté des frissons avec claquement des dents et il a eu un malaise persistant pendant deux heures. Il a été saisi d'une violente céphalée qui a duré deux jours, on a négligé de prendre la température. Pas de réaction locale à la piqûre. Le lendemain de la piqûre est apparue au pourtour de la bouche une éruption d'herpès, non pas en un bouquet isolé, mais en efflorescences multiples, encerclant tout le pourtour labial, ne laissant presque pas de solution de continuité et particulièrement marquées aux commissures.

Pas d'angine, pas d'herpès à l'orifice anal. Ce sujet, qui semble fort amaigri, a des muscles mous au palper, mais les masses musculaires du mollet ne sont pas douloureuses. Il ne tremble pas.

Le foie est dur, lisse, non douloureux, débordant de trois travers de doigt au moins les fausses côtes ; la rate n'est pas percutable.

Le cœur et les poumons sont normaux.

En cinq ou six jours les vésicules herpétiques s'affaissent et les croûtes jaunes brunâtres, qui leur font suite, tombent rapidement. Le gros foie dur persiste inchangé.

Yves Bar..., 22 ans, étudiant en médecine, n'a jamais été malade. Il subit sans inconvénient une première injection de vaccin T. A. B. La seconde injection est pratiquée un jeudi matin vers 9 heures ; une heure après la piqûre, le jeune homme souffre violemment de l'épaule, puis apparaît un frisson qui dure environ deux heures avec léger délire ; vomissement à 13 heures.

Vers 18 heures le sujet éprouve une démangeaison au pourtour des lèvres. Le lendemain matin il constate une éruption *d'herpès*, en gros bouquets, péri-labiale, mais surtout marquée à la lèvre supérieure. Il faut une quinzaine de jours pour que l'éruption soit entièrement effacée.

La troisième piqûre n'est suivie d'aucune réaction.

b) *Impétigo et abcès consécutif.*

Kirsch... Georges, 35 ans, a été soigné au début de novembre 1939 pour une douleur assez vive dans l'hypocondre droit, douleur accompagnée de diarrhée et de vomissements.

Le 22 novembre 1939, il est vacciné le matin avec le vaccin T. A. B. A 17 heures il éprouve un grand frisson avec claquement des dents et douleurs dans l'hypocondre droit. Dans la nuit, vomissements et diarrhée (sept selles liquides sans douleur abdominale). En même temps, douleur dans la région lombaire, température non prise. Le 23, la diarrhée avait cessé, mais la lassitude est vive, l'appétit absent, le malade s'alite.

Le 25, il constate de petites croûtelles dans son cuir chevelu.

Le 26, le malade commence à avoir mal dans la région occipitale droite, cette douleur est allée en s'accentuant et une tuméfaction, dure, douloureuse, tendue se constitue dans cette même région occipitale droite. Elle semble avoir atteint son maximum le 2 décembre au soir.

Nous examinons le malade le 4 décembre 1939 et nous trouvons dans le cuir chevelu six à sept plaques impétigineuses de couleur jaune d'or (impétigo de Bockart), en même temps on trouve la tuméfaction dure, tendue, rouge, douloureuse précédemment citée et, dans la région cervicale droite, un ganglion mobile, assez dur, douloureux, de la grosseur d'une amande. Aucune trace de phtiriase dans tout le cuir chevelu.

Rien au poumon, ni au cœur. La langue est saburrale. Une douleur existe au point cystique. L'abcès incisé montre un pus crémeux, bien lié. Tout rentre dans l'ordre.

c) *Impétigo et néphrite impétigineuse.*

Maur... Louis, a été vacciné au T. A. B. le 12 décembre 1939. Le jour même aucune réaction.

Une douzaine de jours après, une éruption apparaît progressivement constituée par des vésicules blanches de la grosseur d'une tête d'épingle allant s'agrandissant (un centimètre de diamètre environ), devenant croûtelleuses, très peu prurigineuses. Au bout d'une dizaine de jours l'éruption commençait à disparaître, laissant un épiderme cicatriciel. On remarque encore sur le bras droit des traces d'une

◆◆◆

éruption ressemblant à de l'impétigo. En même temps qu'apparaissait l'éruption, sensation de fatigue générale et de légère dépression qui vont du reste en s'accentuant. Accentuation très nette le 25 janvier, hospitalisé le 31; vu par nous le 6 février 1940. Très forte dyspnée, visage bouffi, pieds et poignets enflés, œdème surtout à la face dorsale des pieds remontant au tiers inférieur de la jambe. On trouve des râles crépitants aux deux bases pulmonaires, de la tachycardie ; tension artérielle 17-13, oligurie, coagulation massive d'albumine dans les urines.

Le malade est si dyspnéique et les râles pulmonaires si marqués qu'on craint une issue fatale ; mais sous l'influence de purgation, saignée, tonicardiaques, *amélioration extrêmement rapide en deux ou trois jours*, fonte des œdèmes, bocal d'urine abondamment rempli, disparition de la dyspnée, *plus trace d'albumine dans les urines.*

Somme toute, le malade a fait une néphrite à prédominance chlorurémique assez rapidement déclanchée, d'allure grave mais à évolution rapidement heureuse.

Alors que les observations de néphrites post-vaccinales ne manquent pas, nous n'avons trouvé dans la littérature qu'une observation de néphrite chlorurémique après vaccin antityphoparatyphique, mais en consultant la thèse de M. Jean TOUPET (1920) sur les néphrites consécutives à l'impétigo nous avons appris que la néphrite chlorurémique était la plus fréquente des néphrites impétigineuses, qu'elle était le plus souvent d'apparence grave mais vite terminée.

Il nous semble bien qu'ici le vaccin a provoqué l'impétigo, lequel à son tour a provoqué la néphrite.

d) *Réveil possible d'infection rénale péri-calculeuse et abcès dentaire.*

X..., âgé de 35 ans, nous apprend qu'en 1932 à la suite d'un long voyage entre Nice et Pau, en auto, a éprouvé en arrivant à Pau une douleur assez vive dans la région dorso-lombaire. Il a alors émis des urines avec douleurs vives, fréquemment et en petites quantités.

Le malade a alors vu, à ce moment, dans ses urines des petits corps étrangers, semblables a du sable fin.

Sous l'influence du repos allongé et d'une diète au bouillon de légumes, tout s'est atténué en deux jours.

Cependant le malade qui est chauffeur de taxi à Nice, chaque fois qu'il fait une longue randonnée, souffre de sa région dorso-lombaire et la nuit dort mal, gêné qu'il est par cette même douleur. A ce moment là, les urines sont troubles.

En dehors de cela, pas d'autre affection. Le 2 novembre 1939, le sujet est vacciné contre la typhoïde au T. A. B.

Pas de réaction locale à la piqûre, ni de frissons ; le lendemain 3 novembre une céphalée très légère.

Dans la nuit du 3 au 4, le malade a retrouvé cette même douleur dorso-lombaire, mais plus violente, semble-t-il, qu'elle n'avait été la première fois. En même temps, le malade se lève six ou sept fois pour uriner, il urine à peine et avec beaucoup de douleurs.

L'urine émise est alors rouge et trouble. Vu par un médecin, le sujet est mis à la diète lactée; à ce moment là, importante atténuation de la dysurie et de la pollakiurie, mais au bout de deux ou trois jours les mictions ont repris avec la même fréquence.

L'examen d'urine montre alors des globules rouges et de l'albumine (?) (probablement du pus). On prescrit diète et repos.

Le 10 novembre apparaît un abcès dentaire du côté gauche, qui déforme toute l'hémiface gauche. Il faut bien noter: que le malade n'avait jamais eu jusqu'ici d'abcès dentaire, l'abcès invoqué est apparu autour de la seconde prémolaire supérieure gauche, que, réserve faite de cette seconde prémolaire à peine cariée, toute la denture était intacte. La dent arrachée, l'abcès a évolué favorablement.

A notre dernier examen (21 novembre 1939), les troubles urinaires étaient pratiquement terminés, mais il persistait de très légères douleurs dorso-lombaires.

Au point de vue diagnostic, nous admettons vraisemblablement, nous basant sur les antécédents, que le T. A. B. a réveillé une légère infection rénale autour d'un calcul ancien qui s'était déjà manifeste et qu'en second lieu il a provoqué un abcès au pourtour d'une dent cariée.

a) *Zona.*

Ch... Ch., âgé de 40 ans, coiffeur, jamais malade avant cette guerre, a été vacciné contre la typhoïde le 7 février 1940. Il n'a eu ni frisson, ni réaction thermique après sa piqûre. Le 9, a ressenti une brûlure à la partie inférieure de l'hémithorax gauche. En le découvrant on voit un zona avec toutes ses caractéristiques, plaques érythémateuses, vésicules. Un gros ganglion isolé est perceptible dans l'aisselle gauche. L'appétit est un peu diminué. On recherche avec une épingle la sensibilité : hyperesthésie sur la plaque et au pourtour de la plaque. Il semble que l'hyperesthésie soit plus marquée au niveau des plaques plus jeunes. Le sujet n'a jamais eu la varicelle.

f) *Erythème morbiliforme.*

Fiest... Georges, 20 ans, piqué le jeudi 23 mai 1940 à 14 heures. Mauvaise nuit avec sueurs profuses. Le 24 vers 9 heures du matin vient à l'infirmerie parce qu'il a remarqué sur son corps une éruption. On trouve en effet une éruption d'aspect franchement morbiliforme avec intervalle de peau saine. Pas de catarrhe oculo-nasal, pas de Köplich mais des gencives tuméfiées saignant au brossage. L'éruption persiste trois jours ; le 27 elle n'existe plus ayant apparemment disparu d'un seul coup ; prurit à la disparition de l'éruption. Le 24 la température est à 39°4, le 25 à 37°, le 26 à 37°4, le 27 normale. Pas de fatigue manifeste après l'éruption. Le soldat reprend l'exercice. Somme toute, tableau de rougeole atténuée chez un jeune homme, qui a fait une rougeole franche à l'âge de 5 ans.

g) *Furoncles.*

André Th..., 21 ans, première piqûre de vaccin le 26 mai. Ni réaction locale, ni générale. Gros furoncle deux jours après la piqûre, surtout aux points de frottement du ceinturon. Amélioration avec pansements alcoolisés.

Deuxième piqûre (2 c. c.) quinze jours après, un lundi, le mercredi cinq ou six furoncles apparaissent.

h) *Subictère.*

Sar... Auguste, piqûre le 10 février 1940, puis nouvelle piqûre le 20 février. Le 20 février température à 40° puis le lendemain on constate grosse coloration des urines, subictère des téguments, foie légèrement débordant ; 0 gr. 40 d'albumine dans les urines. Nous n'avons pu suivre l'évolution de cette hépato-néphrite.

i) *Réaction dentaire.*

Tour... Adolphe, dactylo ; dans l'ensemble bien portant sauf, de temps en temps, crise d'asthme. Présente des dents cariées (prémolaires supérieures)

absence de la prémolaire inférieure droite. Vacciné le 23 mai 1940 (vaccin triple, première piqûre) ; cinq jours après le vaccin, éprouve une douleur au niveau de la première molaire gauche, pourtant saine apparemment, et en même temps et dans les jours qui suivent, se constitue une grosse tuméfaction jugale. Du côté opposé au niveau des dents cariées, le malade éprouve également des douleurs qui gênent le bâillement et la mastication. Il ne peut mastiquer la viande. La tuméfaction désenfle progressivement mais la mastication au bout d'une dizaine de jours est toujours difficile.

j) *Adénopathies.*

a) Herv. P..., ouvrier métallurgiste, 28 ans, dans l'ensemble bien portant. A été vacciné le 20 mai au triple. Pas de réaction locale, mais le lendemain, frissons. Quatre ou cinq jours après, on trouve sous la branche horizontale du maxillaire inférieur gauche deux gros ganglions assez durs et peu mobiles. Il n'y a aucune atteinte dentaire, les dents sont en parfait état. Les ganglions persistent depuis une quinzaine de jours sans avoir diminué de volume.

b) Col... Emile, chaudronnier chez Renault, 36 ans. Bien portant jusqu'alors. Vacciné le 20 mai 1940 au triple (première piqûre) à 14 h. 30, vacciné dans la fosse sous-épineuse gauche. Trois jours après le vaccin, on note un ganglion dans la fosse sus-épineuse gauche, dur, mobile et douloureux, également un ganglion dur et douloureux dans l'aisselle droite ; en même temps, on trouve dans les aines droite et gauche des petits ganglions durs et douloureux. Ces ganglions sont douloureux pendant deux ou trois jours et s'atténuent.

k) *Dothienentérie atténuée.*

Il s'agit d'un homme de 33 ans (Dim... Jean). En faisant son service militaire en 1928-1929, il a été vacciné au T. A. B. ; à la suite de ce vaccin le malade aurait présenté pendant quatre ou cinq jours une température à 39°, 40° ; la température se serait maintenue un peu élevée environ pendant trois semaines pendant lesquelles le malade aurait été soumis à la diète lactée ; il aurait abondamment saigné du nez. Cet état aurait encore nécessité un séjour d'un mois à l'hôpital.

En temps habituel, le sujet présente de petits troubles digestifs caractérisés par une irrégularité des selles ; tantôt il est constipé pendant deux ou trois jours et présente une débâcle. A d'autres moments, il a des selles un peu liquides, diarrhéiques.

Le 22 novembre 1939 on vaccine le sujet au T. A. B. A la suite de ce vaccin il présente le 22 au soir un petit frisson puis accuse de la lassitude, une légère céphalée et à son régiment on lui trouve une angine pour laquelle il est hospitalisé.

A partir de cette date, la température oscille entre 37°8 et 38° environ, et un état légèrement diarrhéique s'installe, qui va en s'accentuant et se précise jusqu'à quatre ou cinq selles liquides par jour.

Les 24, 25 et 26 décembre, le malade fait des selles franchement sanglantes, alors que la température à ce moment-là tombe à 37° et atteint au maximum 37°9.

Dans cette période (18 décembre 1939), on trouve un foie légèrement douloureux, une grosse vésicule, le cæcum et le gros côlon distendus, gargouillants. La rate est percutable, non palpable, tout ceci avant l'apparition des hémorragies. Sans être dans le tuphos, le malade est un peu absent. Au moment des hémorragies, le ventre est douloureux dans son ensemble, un peu dur.

Jusqu'au 28 décembre, les hémorragies intestinales persistent mais peu abondantes.

On donne de l'opium, de l'ergotine, on met de la glace sur le ventre.

Le 29 décembre 1939, la température est à 37°4, le pouls à 100. Il n'y a plus d'hémorragie. L'état général est meilleur.

Le 30, le pouls est à 80, la température reste à 37°2-37°3.

Cependant l'abdomen reste douloureux et la constipation succède à la diarrhée.

Un lavement donné le 3 janvier provoque une évacuation abondante. L'état général s'améliore de plus en plus. Ni albumine, ni sucre.

On porte le diagnostic suivant : « Il s'agit vraisemblablement d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde larvée, chez un sujet particulièrement réceptif et à vésicule déjà infectée ».

Au demeurant dans l'invasion, la période d'état, les signes cliniques, la complication hémorragiques avec chute concomitante de la température, on s'est trouvé devant une véritable typhoïde en miniature.

l) *Epididymite.*

Rey... Emile, cultivateur, âgé de 38 ans. A toujours été bien portant, sauf constipation. Vacciné contre la typhoïde le 20 février 1940 à 10 heures du matin ; à midi éclate un grand frisson jusqu'à 15 heures. La température n'a pas été prise, se lève le 22 février.

Le 25 février à la partie postérieure de l'épaule droite sent une douleur après une nuit insomnique et on constate une grosseur de la valeur d'un œuf de poule. Impossibilité de remuer le bras ; on donne au malade deux cachets d'aspirine et on le couche ; cette tuméfaction disparaît dans la journée. A partir de ce moment-là le sujet éprouve des douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne, au genou, au tendon d'Achille, tantôt à la hanche gauche et à la hanche droite, au poignet, dans les épaules et dans le rachis. Ces douleurs persistent jusqu'au 12 mars et ce même jour le sujet éprouve une vive douleur dans la région lombaire et dans l'aine gauche. A ce moment-là les douleurs articulaires disparaissent, il souffre néanmoins toute la journée de ses nouvelles douleurs, le soir il constate une *tuméfaction de sa bourse gauche.* Nous l'examinons le 25 mars, on note une augmentation importante du contenu de la bourse gauche qui est de la grosseur d'un poing d'enfant. A ce moment-là la palpation est douloureuse et un épanchement de la vaginale empêche de palper le testicule ; cependant on trouve un épididyme dur dans son ensemble, douloureux. Le volume du cordon n'est pas modifié, il n'est pas moniliforme. Pas d'albumine dans les urines. De plus l'examen histologique et bactériologique montre un culot muqueux contenant quelques hématies et quelques leucocytes, absence de bacilles de Koch. Rien à la bourse droite.

Depuis cette époque (25 mars) les phénomènes s'atténuent, l'épanchement de la vaginale disparaît. On peut palper le testicule, qui n'est pas douloureux ; l'épididyme diminue de volume et devient moins douloureux, il n'y a aucune tendance à la fistulisation. La température n'a jamais été très élevée ; trois jours après le voyage qui a amené le malade jusqu'à nous, mais très vite, elle atteint 37°.

Somme toute, après vaccin antityphoparatyphique on a vu dans cette évolution apparaître trois étapes : 1° tuméfaction scapulaire passagère ; 2° phénomènes arthralgiques ; 3° épididymite gauche.

INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE

Les faits que nous venons de détailler paraissent lointains en apparence ; en effet, on trouve des éruptions cutanées de nature différente (herpès, furoncles, impétigo, zona, érythème morbiliforme), mais aussi des atteintes viscérales (néphrite, hépato-néphrite, atteinte rénale péri-calculeuse, adénopathies, affection intestinale d'allure dothiénentérique, épididymite).

En réalité, il nous semble unis par deux facteurs communs :

a) une cause provocatrice, à savoir :

L'introduction dans l'organisme d'une protéine toxique, en l'occurence le vaccin mort antityphoparatyphique. Cette cause paraît évidente.

b) une allure infectieuse par contre, sur laquelle il faut insister.

A priori en effet une substance toxique (ici le vaccin antityphoparatyphique) devrait déclancher des accidents toxiques. Or M. MILIAN, dans une ingénieuse synthèse le *Biotropisme*, a groupé tout un faisceau de preuves montrant comment divers toxiques pouvaient donner naissance à des accidents infectieux.

Pour M. MILIAN, sous l'influence d'une substance chimique non albuminoïde (arsenic, mercure, iode, bismuth, gardénal et actuellement sulfamide), ou d'une substance protéique (sérum, vaccins à germes morts ou vivants), sous l'influence d'agents physiques même (froid, chaud, rayons X) peuvent s'exalter des germes en sommeil.

Apparaissent alors des manifestations infectieuses variables, éruptions cutanées et muqueuses. C'est le *biotropisme cutané et muqueux*. Le biotropisme peut également s'adresser aux organes et aux viscères, si quelques micro-organismes y pullulent à l'état latent. C'est le *biotropisme surviscéral.*

Bien des preuves montrent l'identité infectieuse entre certains phénomènes médicamenteusement provoqués et ceux spontanément éclos.

— Ainsi, dans des herpès biotropiques, M. MILIAN a provoqué par inoculation à la cornée du lapin une kératite expérimentale, souvent suivie d'encéphalite.

— Ainsi NETTER et URLAIN avec un zona survenu après injection bismuthique ont obtenu des réactions de fixation semblables à celles obtenues avec zona spontané.

— Ainsi des *érythèmes morbiliformes* survenus après injections à l'arsénobenzol se sont avérés contagieux comme une rougeole banale.

— Ainsi de MASSARY, cité par M. MILIAN, en 1918 a signalé une récidive de *méningites à méningocoques A* (quatre mois après la première atteinte) à l'occasion de la vaccination typhique.

Dans les observations, que nous avons ci-dessus rapportées, on trouve zona, herpès, érythème morbiliforme, dont la preuve de la nature infectieuse en semblables circonstances parait faite. On ne peut de plus contester la nature infectieuse des furoncles et de l'impétigo. La néphrite, que nous avons signalée, a toute l'allure d'une néphrite infectieuse impétigineuse, ainsi qu'il apparaît dans la thèse de M. Jean TOUPET. On sait de plus la fréquence extrême des foyers infectieux autour des calculs enclavés dans le rein, qui rend si difficile parfois la chirurgie rénale, et le pullulement microbien au pourtour des dents cariées. On sait aussi la fréquence des porteurs sains de germes typhiques ou paratyphiques. Quant aux épididymites, leur fréquence due aux germes courants (staphylocoques, colibacilles) en dehors de toute atteinte bacillaire ou gonococcique, est actuellement reconnue. Les infections déterminant des hépato-néphrites ne sont pas rares non plus (spirochétose, fièvre jaune, etc.) On peut donc admettre, croyons-nous, que les faits précédemment cités peuvent d'une part fort bien s'expliquer par :

Le biotropisme cutané et muqueux (herpès, impétigo, furoncle, zona, érythème morbiliforme) ; d'autre part par le *biotropisme surviscéral* (néphrite impétigineuse, infection rénale péricalculeuse, adénopathies diverses, affection d'allure dothiénentérique, épididymite, hépato-néphrite). *En bref le vaccin antityphoparatyphique peut déterminer parfois des accidents biotropiques* cutanés, muqueux ou surviscéral.

Si cependant nous suivions jusqu'au bout le biotropisme, tel que le conçoit M. MILIAN, peut-être aurions-nous tendance à franchir à saut trop hardiment les limites ordinairement admises, et nous rattacherions sans hésiter à l'infection et par cela même au biotropisme, des manifestations d'autres natures provoquées par le vaccin antityphoparatyphique, mais ressortissant, à notre sens du moins, à une autre pathogénie. Dans son ouvrage « Le biotropisme » M. MILIAN écrit en propres termes: « A mon point de vue, la goutte n'est pas plus une diathèse que les anciennes diathèses scrofuleuses ou syphilitiques, c'est une affection microbienne qui se transmet par hérédité comme la syphilis ».

Ne pouvant admettre actuellement sans réserve ce point de vue, nous invoquerons une autre cause à l'interprétation d'une seconde catégorie de faits (1).

---

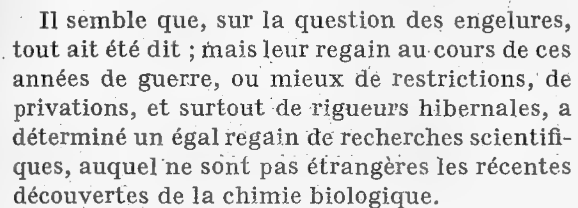
(1) La deuxième partie de cet article paraîtra dans notre prochain numéro (N. D. L. R.).

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

Voici revenue la saison des engelures

LE FROID, FACTEUR PRINCIPAL, OU TOUT AU MOINS OCCASIONNEL



Il semble que, sur la question des engelures, tout ait été dit ; mais leur regain au cours de ces années de guerre, ou mieux de restrictions, de privations, et surtout de rigueurs hibernales, a déterminé un égal regain de recherches scientifiques, auquel ne sont pas étrangères les récentes découvertes de la chimie biologique.

Malgré tout, un fait d'observation demeure : c'est que, quels que soient les facteurs pathogéniques secondaires, nous ne voyons pas d'engelures en été ; le froid joue donc un rôle indiscutable de premier plan, et plus spécialement le froid humide. Cela, qu'il agisse directement sur le corps dans la vie à l'extérieur, ou qu'indirectement son influence se manifeste à l'occasion d'une insuffisante protection vestimentaire, d'un chauffage déficient dans les habitations.

A cet égard, G. Milian (1) rapporte l'histoire particulièrement caractéristique d'une de ses jeunes malades. « Cette jeune fille, âgée de dix-huit ans, avait chaque année des engelures très douloureuses aux pieds, dès l'apparition des froids. Or, à ce grand hiver 1940-41, pour des raisons domestiques et de commodité, elle porta des bottes en cuir, grâce à quoi elle n'eut pas la moindre engelure aux pieds. Par contre, elle en eut aux mains, alors que, jusqu'à cette époque, elle n'en avait jamais eu. On ne peut pas trouver une démonstration plus rigoureuse du rôle du froid, supérieur à celui du terrain. Là, le terrain était le même aux mains et aux pieds. Il n'y a que l'intensité du froid, qui a varié : nul ou presque nul pour les pieds protégés, important pour les mains, qui n'avaient jamais subi un froid aussi rigoureux et aussi prolongé, du fait de l'absence de chauffage des appartements, où la température se maintient entre — 2° et + 4° ».

Jausion rapporte également que sur 47 malades, étudiés par lui, 27 n'avaient jamais eu d'engelures avant l'hiver actuel ; chez les autres, elles n'avaient jamais été aussi graves.

Il faut donc se rendre à l'évidence que les engelures sont essentiellement causées, ou aggravées par le froid, et qu'avec lui elles disparaissent, dès le retour de la belle saison. « Le froid détermine l'engelure comme le coup de froid détermine la pleurésie tuberculeuse, qu'on appelait autrefois *a frigore*. Elle guérit comme celle-ci, et mieux, étant moins virulente et moins étendue » (Milian).

Au point de vue pathogénique, il est peut-être intéressant de noter que ce sont souvent des mains déjà cyanotiques, froides, asphyxiques qui deviennent des « mains violettes et douloureuses » ; il y avait là, déjà, des acroasphyxies, de véritables paralysies vaso-motrices chroniques sympathiques, et celles-ci n'ont fait que s'accentuer ; des plaques violacées, quelquefois un peu rosées, sont apparues sur le dos des phalanges, cuisantes ou douloureuses au point d'empêcher le sommeil, froides au toucher. Des fissures et des ulcérations surviennent aussi, qui font des patients de petits infirmes, pour lesquels le travail manuel est un véritable supplice. En tous cas, il est bon de retenir cet état de prédisposition par paralysie vaso-dilatatrice des capillaires, qui s'accentue au moment de l'engelure, et même auquel aboutit l'engelure, en dehors de toute prédisposition.

Cette donnée permettrait d'expliquer le rôle occasionnel, que sont appelées à jouer certaines endocrines : vaso-dilatation passive par dysfonctionnement ovaro-hypophysaire (E. Lortat Jacob (1) ; activation de la circulation périphérique par la folliculine (P.-E. Morhardt) (2). N'observe-t-on pas, d'ailleurs, fréquemment des engelures chez des jeunes filles à l'occasion de la menstruation et de ses troubles . S'il n'y a pas de faits absolument démonstratifs du rôle péremptoire de la menstruation, dit G. Milian, il est cependant intéressant de constater que, dans la statistique de Jausion, sur 39 sujets féminins observés, aucune n'avait atteint la ménopause.

Dans le rôle préparant du terrain, on peut faire rentrer l'influence actuelle de la sous-alimentation, celle-ci étant prise dans son aspect général, ou dans celui d'une carence vitaminique : vitamines B, D, et P. P. (Jausion). On ne doit pas non plus oublier le rôle incontestable que peut jouer la tuberculose, non la tuberculose aiguë ou chronique pulmonaire, mais les formes torpides ; les engelures ne sont pas des tuberculides, « mais des lésions réellement dues au froid, sur terrain souvent, mais non toujours tuberculeux » (Professeur Gougerot) (3).

(1) *Paris médical*, 30 décembre 1941.

(1) *La Vie médicale*, décembre 1941.

(2) Article à paraître dans un prochain numéro du *Concours médical*.

(3) *La Vie médicale*, décembre 1941.

✦✦✦✦

PROPHYLACTIQUE AVANT TOUT, LE TRAITEMENT SERA LOCAL ET GÉNÉRAL

Les engelures déclarées sont difficiles à guérir, aussi vaut-il mieux en empêcher la production.

Contre le froid, tous les modes de chauffage étant actuellement réduits, il faudra protéger les mains et les pieds contre les intempéries extérieures, et ne les exposer qu'au minimum.

Pour les pieds, chaussures à semelles épaisses et à revêtement également épais. Un pied serré étant voué aux engelures, elles seront larges pour faciliter la circulation ; elles permettront aussi de porter deux paires de bas et des socquettes, ainsi qu'une semelle feutrée ou fourrée. Les bottes en cuir préservent admirablement des engelures ; par contre, les bottes en caoutchouc, froides, amenant la sudation, ne sont pas recommandables, à moins (?) qu'elles ne soient doublées de tissu laineux ou de poils.

« Pour les mains, la protection est plus difficile, car il faut travailler, il faut s'en servir. Les gants gênent la souplesse des mouvements, il faut les porter fourrés dans la rue, en fil à l'intérieur des appartements, en caoutchouc pour les ouvrages du ménage. Ne jamais laisser les mains immobiles, et, dans les périodes d'inactivité, remuer les mains en les serrant avec énergie, les bras levés, pour activer la circulation. L'idéal, pour l'individu sujet aux engelures, est de vivre dans une pièce à température égale, atteignant 16° à 18° en moyenne. Les températures au-dessous de 8° sont génératrices d'engelures. Quant un sujet met les mains à l'eau au cours de son travail, il est utile, lorsque ce travail est terminé, de bien laver les mains, et, celles-ci encore humides, de les enduire de glycérine. La glycérine, qui active si intensément la circulation dermique, est un excellent agent prophylactique de l'engelure ». (G. Milian).

Contre les engelures déclarées. On augmentera la réceptibilité des radiateurs cutanés périphériques aux radiations de courtes longueurs d'ondes. C'est ainsi que s'explique l'heureuse influence de la fluorescéine grâce à ses propriétés photo-sensibilisatrices. La fluorescéine est le résultat de la combinaison de l'anhydride phtalique à la résorcine ; on en tire un composé bromé, qui est l'éosine, corps photo-catalyseur, photo-sensibilisateur. La méthode est due à Et. May ; il utilise l'uranine, sel sodique de la fluorescéine, qui se trouve dans toutes les grandes maisons de produits chimiques ; ce composé est mis en solution à 5 % dans du sérum physiologique. Les ampoules sont ensuite stérilisées pendant vingt minutes à 120°. On injecte dans la veine 2 cent. cubes, deux fois par semaine. Sur vingt malades, un seul a résisté, deux n'ont vu que très lentement l'amélioration ; la plupart des autres ont eu très rapidement de très bons effets. Les phénomènes subjectifs (prurit, cuisson) disparaissent vite, puis la cyanose, le volume des doigts ; les ulcérations sont quelquefois aussi améliorées.

En outre de l'auto-massage, les ondes courtes réchauffent les extrémités, en prenant une fois par semaine ou tous les dix jours une séance d'ultra-violets, à dose subérythémateuse ; c'est un des traitements locaux les plus actifs.

Localement aussi, pour prévenir crevasses et ulcération :

Tannin	1 gramme
Eau de roses	80 grammes
Glycérine	40 grammes

En applications matin et soir, sur la totalité des mains, après le savonnage. L'huile de foie de morue en onction, matin et soir, est aussi très utile. Enfin, on agira sur la sympathique, en cause dans la vaso-dilatation capillaire par :

Teinture de cratœgus	ââ 3 grammes
Teinture de passiflore	ââ 3 grammes
Extrait de valériane	4 grammes
Hydrolat de menthe	90 grammes

Une cuillerée à café dans un peu d'eau avant de se coucher.

On n'oubliera pas la possibilité de recourir à des infiltrations anesthésiques du ganglion étoilé. Sur les endocrines, l'action de la folliculine, proposée par P.-E. Morhardt, pourra être envisagée.

Dans la mesure du possible, l'alimentation générale devra être améliorée, notamment en vitamines. Jausion recommande spécialement la vitamine P-P, amide nicotinique, soit en comprimés de 5 centigrammes, quatre à douze par jour, soit en ampoules intrafessières de 10 centigrammes, deux ou trois par semaine.

Comme médication générale, l'huile de foie de morue est un excellent agent antituberculeux, ainsi que le tannin, sirop iodo-tannique ou ;

Tannin	0 gr. 25
Glycéro-phosphate de chaux	0 gr. 50

Pour un cachet n° 30, un cachet au repas de midi.

Quand les engelures sont ulcérées, les soigner par des applications de gaze imbibée de préparations à l'huile de flétan, ou par des applications antiseptiques, qui empêchent l'infection :

Acide picrique	1 gramme
Alcool à 90°	ââ 40 grammes
Glycérine	ââ 40 grammes

En bref, la prophylaxie d'abord, puis le traitement local, les antispasmodiques pour lutter contre la paralysie vaso-dilatatrice des capillaires et enfin un traitement général, qui soit adapté, aux influences individuelles, reconnues comme des éléments prédisposants.

G. FISCHER.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Les associations vitaminiques et hormonales

Dans quelle mesure le médecin doit-il et peut-il rechercher les associations vitaminiques entre elles, hormonales entre elles, et les associations vitaminiques et hormonales dans la pratique de la thérapeutique ? Il doit, répond Noël FIESSINGER, tout en s'inspirant de la nécessité constante de résister aux modes et aux abus, tenir compte avant tout de la précision des indications ; et celles-ci sont précisées dans son étude. Cet auteur indique également les facultés de renforcement ou d'antagonisme que possèdent les différentes vitamines et hormones ; et, de celles-ci, on doit tenir le plus grand compte dans les prescriptions thérapeutiques. Mais, avant tout, un diagnostic précis, entouré de toutes les garanties, est nécessaire : importance de la déficience ? avitaminose complète ? déficience hormonale absolue ? La clinique d'une part, les moyens d'investigation biologique d'autre part, seront d'un grand secours. Il faudra noter, parmi les déficiences, la plus importante pour s'attaquer à elle. On devra suivre de près le malade, afin d'étudier son adaptation au traitement et de modifier progressivement les doses, en plus ou en moins, suivant les réactions individuelles ; on saura cesser à temps le traitement, et écarter l'enthousiasme irréfléchi. (*Jour. des Praticiens*, 18 et 25 octobre 1941).

Le traitement des ulcères gastro-duodénaux (ulcères non compliqués)

Le Docteur TRAISSAC envisage successivement les extraits opothérapiques (parathyroïdien, pancréatique, hypophysaire, folliculine) les acides aminés et la protéinothérapie (histidine, histamine) ; la pepsine ; la vaccinothérapie ; les vitamines ; la mucine.

La conception récente acquise au sujet des ulcères gastro-duodénaux, c'est que l'ulcère n'est pas une maladie locale ; c'est une lésion de la paroi gastro-duodénale, qui témoigne de causes vraisemblablement diverses, mais assurément extra-gastriques. On peut donc traiter l'ulcère par voie parentérale, sans négliger le traitement local, qui garde son utilité capitale.

Ce dernier soulage le malade ; il ne le guérit pas : bismuth, alcalins, belladone, analgésiques, opiacés s'administrent au moment présumé du retour de la crise, ou lorsque celle-ci est déclenchée. Le traitement général intervient en dehors des crises pour modifier progressivement le terrain. Avant de prescrire, le médecin doit étudier l'histoire évolutive, la séméiologie clinique, l'image radiologique et ses modifications sous l'action de l'atropine, la réponse secrétoire de l'estomac.

Dans l'ulcère simple, l'histidine associée à une thérapeutique de désensibilisation par des cachets avec de la pepsine, de la peptone, de la belladone et du bismuth à petites doses, administrés une demi-heure avant les repas, a donné des résultats pratiquement constants. Dans l'ulcère invétéré, l'échec est fréquent ; mais cet échec peut être prévu si l'on sait correctement analyser l'ulcère. Le traitement médical a des limites ; cependant on peut affirmer que la thérapeutique moderne, enrichie de nouvelles armes, a, depuis quelques années, considérablement réduit les indications opératoires des ulcères gastro-duodénaux. (*Journ. de Médecine de Bordeaux*, 15 octobre 1941).

La lutte contre les maladies vénériennes en Allemagne

Un arrêté du 21 octobre 1940 a prescrit, par modification aux dispositions légales antérieures, que toute personne atteinte d'une maladie vénérienne sous une forme contagieuse, et ne disposant pas de moyens nécessaires pour se faire soigner, bénéficiera d'un traitement gratuit aux frais de la collectivité.

Une Circulaire du 5 février 1941 précise qu'il s'agit des personnes, non assujetties aux Assurances sociales, et des personnes, dont la situation pécuniaire est telle qu'elle ne leur permet pas de recevoir un traitement prolongé et continu, sans que cela constitue une charge trop lourde pour son budget. Les bureaux d'hygiène devront veiller à l'exécution de ces mesures, et ne perdre jamais de vue le but final de la lutte anti-vénérienne, c'est-à-dire la destruction complète des maladies vénériennes. (*Sozial Hygiene der Geschlechts Krankheiten*, nº 1 et 2, 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur le service de la vaccine en 1940

(M. H. BÉNARD ; 18-11-1941).

M. Bénard présente un rapport sur le fonctionnement des services de vaccination anti-variolique durant l'année 1940. Il termine par les vœux suivants qui sont adoptés par l'Académie :

« Que soient rappelées aux médecins vaccinateurs la grande activité des pulpes vaccinales mises à leur disposition et l'inutilité d'inoculations trop étendues ou trop nombreuses ;

« Que des instructions soient envoyées dans les maternités pour que celles-ci ne délivrent aucun certificat à un enfant inoculé mais non revenu à la séance de contrôle ;

« Que l'on procède activement à la revaccination dans les camps de jeunesse et que l'on recherche en s'appuyant sur les indications du dernier recensement les jeunes filles et jeunes femmes assujetties de la 20e année. »

Considérations sur la ration alimentaire de familles parisiennes de mai à juillet 1941

(MM. H. GOUNELLE et R. MANDE ; 18-11-1941.)

MM. Gounelle et Mande ont fait une enquête sur la ration alimentaire de 65 familles parisiennes prises dans un milieu homogène (familles de sous-officiers), de mai à juillet 1941.

Le fait marquant a été l'insuffisance calorique globale (1.760 calories au lieu des 2.400 calories classiques en pareil cas). Le plus gros écart a porté sur les hydrates de carbone, qu'il suffirait de remonter de 277 gr. à 420 gr. pour arriver à un régime énergétique convenable.

Le déficit a porté aussi sur les protides animaux et végétaux, les lipides végétaux, le calcium, etc. Il y avait, toutefois, un équilibre à peu près normal entre les différents principes des régimes étudiés.

Nocivité possible du paradichlorobenzène employé comme «anti-mites»

(M. Maurice PERRIN, de Nancy ; 25-11-1941).

Le paradichlorobenzène est un corps qui se présente sous forme de cristaux ou de masses fondues de tailles diverses et qui émet à la température ordinaire des vapeurs se diffusant en tous sens. Utilisé comme insecticide et en particulier comme anti-mites, il est propre, actif, et n'altère pas les tissus ni les couleurs. Il n'apparaît pas, malheureusement, comme toujours inoffensif.

M. Perrin signale deux cas (un personnel, le second observé par le Docteur Ed. Lenoble) dans lesquels des accidents d'anémie grave avec hypogranulocytose, rappelant les accidents du benzolisme, ont suivi l'emploi du paradichlorobenzène.

L'auteur estime, dans ces conditions, qu'on ne doit plus considérer le paradichlorobenzène comme inoffensif. Il faut, dit-il, penser à la possibilité d'une intoxication par ce corps et, préventivement, s'abstenir d'en mettre dans les chambres à coucher ou dans les cabinets de toilette adjacents ; avoir soin d'aérer avant usage les vêtements qui en auraient, à titre anti-mite, été imprégnés.

Variations de l'activité pathogène du « treponema pallidum » d'origine humaine.

(M. C. LEVADITI ; 2-12-1941).

L'auteur a examiné sept souches tréponémiques humaines du point de vue de leur potentiel morbigène pour le lapin et la souris. Il a pu confirmer ainsi, par des procédés plus nouveaux, les conclusions formulées antérieurement par lui-même, Vaisman et Schoen, à savoir que parmi les souches de treponema pallidum isolées directement de l'homme, certaines sont biologiquement équivalentes et d'autres s'écartent manifestement de l'équivalence, surtout si on les considère quant à leur potentiel dispersif pour l'organisme de la souris.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur la stérilisation du sulfamide

(M. René LEGROUX ; 9-7-1941)

Quelques chirurgiens ont manifesté la crainte que la poudre de sulfamide (substance bactériostatique et non bactéricide) contienne parfois des agents bactériens, notamment des spores de bacille tétanique ou de bactéries anaérobies des gangrènes. Une fois le sulfamide éliminé, si une nouvelle pulvérisation ne pouvait être pratiquée, les germes en question pourraient pulluler. Il apparaît donc utile, dans quelques cas exceptionnels, d'employer du sulfamide stérile.

Ce corps ne supportant pas la chaleur sèche ou humide, M. Legroux a eu recours à l'action du formol à travers un filtre cellulosique. La poudre sulfamidée, déposée dans des sachets d'acétate de cellulose, est soumise à l'action du formol. Les vapeurs de formol traversent les membranes d'acétate de cellulose, qui sont imperméables aux bactéries ; le sulfamide est ainsi stérilisé et protégé.

P. L.

Société médico-chirurgicale
des hôpitaux libres

Séance du 1er octobre 1941

Le cholestérol chez le vieillard

MM. J.-A. Huet et Lefranc, relevant leurs statistiques personnelles, étudient le rôle joué par le cholestérol dans le sang au cours des affections de la vieillesse. Ils concluent que ce taux est sans intérêt, qu'ils'abaisse en même temps que l'âge augmente et qu'il n'y a aucune corrélation entre lui et les affections vasculaires observées chez les vieillards. Dans une autre partie de leur travail, les auteurs étudient le rôle du cholestérol au cours des avitaminoses et de certaines endocrinopathies, particulièrement au cours des états pathologiques thyroïdiens ou hypophysaires. Ils pensent qu'il existe un certain parallélisme entre l'hyperfolliculinisme et l'hypercholestérolémie et insistent sur le fait des variations de cette dernière au cours de la vie génitale.

Observation d'un cas d'hyperpituitarisme avec polyurie type de diabète insipide traité par la radiothérapie hypophysaire

MM. J.-A. Huet et Lefranc rapportent l'observation d'une malade âgée de 50 ans, atteinte à la suite de la ménopause, d'une polydypsie avec polyurie importante. Tous les examens ont été négatifs. Il a été fait six séances de radiothérapie de la région hypophysaire (deux séances par semaine, en tout : 1.800 r). A la fin du traitement, elle a maigri de 2 k. 500 ; les troubles vaso-moteurs ont disparu, la tension artérielle, qui était de 19/12, est tombée à 16/10. La malade ne se lève plus la nuit pour boire, ni pour uriner ; elle ne boit plus dans la journée qu'un litre de liquide et n'urine plus que 1.700 cc. ; de plus, elle a vu ses règles réapparaître normales comme durée, quantité, qualité. A la suite d'une angine phlegmoneuse, réapparition discrète de la polydypsie et de la polyurie, jugulée par des prises nasales quotidiennes de 20 centigr. d'hypophyse postérieure plus 1 centigr. de thyroïde.

Actuellement, huit mois apès le début du traitement, la malade se porte toujours bien et les auteurs concluent à un succès de plus de la radiothérapie hypophysaire au cours de polyuries rebelles d'origine pituitaire et du diabète insipide en particulier.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie

Sur la gastrectomie, opération bénigne

M. Duguing. — Trente-sept gastrectomies faites en trois mois pour ulcères gastro-duodénaux n'ont donné aucune mortalité, aucune fistule biliaire, aucun incident local : seules deux petites complications pulmonaires sont à noter. D'après l'auteur, la bénignité des suites opératoires est essentiellement fonction d'une technique opératoire exécutée aussi méthodiquement et minutieusement que possible, quelles que soient les conditions et les difficultés locales. C'est la méthode de Polya qui fut toujours réalisée.

Rectocolite hémorragique.

MM. Tapie et Darnaud communiquent l'observation d'un homme de 36 ans, se plaignant de diarrhée, de douleurs abdominales, d'épreintes, de ténesme ano-rectal, et chez lequel la recto-sigmoïdoscopie et l'étude radiologique montrèrent qu'il s'agissait de lésions de recto-colite ulcéreuse étendues à l'ampoule rectale, à l'anse sigmoïde, et au côlon descendant. Un traitement par lavements au nitrate d'argent à 1 pour 5.000 et par auto-hémothérapie suffit à faire cesser en quelques jours toutes les manifestations cliniques : néanmoins les lésions sont loin d'être guéries comme l'ont montré de nouveaux examens.

Sur les kératites herpétiques

M. Calmettes signale la fréquence extraordinaire des kératites herpétiques observées l'hiver au cours des affections grippales. Il expose le résultat de ses observations thérapeutiques : les sulfamides n'ont donné aucun résultat et les médications de choc des résultats inconstants et douteux . Les pommades à base de vitamines A ont amélioré les signes subjectifs et celles à base de dionine l'évolution. Le pansement occlusif reste de rigueur pour les kératites anesthésiques, mais, dans tous les cas où les lésions cornéennes paraissent en voie d'extension, il ne faut pas tarder à pratiquer la tarsorraphie pour éviter ou limiter l'atteinte définitive de la vision par des taies indélébiles.

Epididymite fluxionnaire

MM. Gouzi et Baudet exposent l'observation d'une épididymite chronique qui parut d'abord de nature tuberculeuse. L'évolution infirma le diagnostic, car les lésions subirent de rapides et importants changements de volume, tantôt diminuant, tantôt progressant, pour terminer par une guérison complète en deux mois et demi. La présence de quelques troubles intestinaux et la constatation de colibacilles dans les urines permettent de croire qu'il s'est agi d'une épididymite à colibacilles.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître....

Chez MASSON et CIE,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Michel POLONOVSKI et Albert LESPAGNOL. — **Chimie organique biologique.** INTRODUCTION CHIMIQUE A L'ÉTUDE DE LA BIOLOGIE GÉNÉRALE. Préface de A. DESGREZ. *Deuxième édition*, entièrement refondue. Un vol. 856 p., 300 francs.

Etienne CHABROL. — **Pathologie du foie et des voies biliaires.** ETUDES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES. Un vol. 184 p., 22 fig. Prix : 60 francs.

C. LIAN, G. MINOT et J.-J. WELTI. — **Phonocardiographie. Auscultation collective** (ACOUSTIQUE. TECHNIQUE. CLINIQUE). Préface du Professeur A. Strohl. Un vol. 256 p., 121 fig. Prix : 100 francs.

R. THUREL. — **Blessures cranio-cérébrales par projectiles.** Un vol. 78 p., 24 fig. Prix : 36 francs.

E. RIST. — **La morale professionnelle du médecin.** Un vol., 114 p., 14 francs.

R. DUBAU et F. BOLOT. — **Anesthésie pratique,** A L'USAGE DES MÉDECINS, ÉTUDIANTS ET INFIRMIÈRES APPELÉS A DIRIGER OU A PRATIQUER UNE ANESTHÉSIE CHIRURGICALE. Préface du Professeur E. Sorrel. Un vol., 124 p. avec 47 fig. Prix : 35 francs.

Pierre MAURIAC. — **Le traitement du diabète en pratique médicale.** Un vol. 106 pages (collection Médecine et chirurgie. Recherches et applications no 30). Prix : 22 francs.

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
23, rue du Cherche-Midi

J. AIMARD et H. DAUSSET. — **L'ultra-violet, la lumière solaire et artificielle, l'infra-rouge.** *Sixième édition*, revue et corrigée par le Docteur A. AIMES et P. BÉTOULIÈRES. Collection *Le Compendium médical*. Un vol., 264 pages, 20 hors-texte d'appareillage. Prix : 35 francs.

LIBRAIRIE MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

J. AUDOUIN et J. NEVEU. — **Technique de la parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial.** Une broch. 64 p. avec 7 pl. hors-texte dessinées par A. Frantz et 9 photos.

FICHIER DESFOUR
17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier

Mise au point juillet 1940, 4 fiches.
Mise au point octobre 1940, 14 fiches.
Mise au point 1941, 24 fiches.

G. DOIN et CIE, éditeurs
8, place de l'Odéon

D. LE FOYER et E. DELBECQ. — **Les « cas limites » du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire.** Avec la collaboration du Docteur Garcia-Bengochea. Préface du Professeur J. Troisier. Un vol. 412 p., 110 fig. Prix : 260 francs.

Commandant E.-L. BUCQUOY. — **Les Médecins militaires à travers deux siècles** (1757-1940).

L'auteur, président de la Société d'Etudes des Uniformes de France, consacre aux médecins militaires, et tout spécialement aux médecins de réserve, un recueil de 16 planches grand format (27 × 38) en simili-aquarelles. Cet ouvrage, présenté sous une forte couverture illustrée, est mis en vente en librairie au prix de 250 francs. Une réduction de 25 % peut être obtenue en adressant directement 225 francs au Commandant Bucquoy, 24, rue de Rigny à Nancy. (Chèques postaux 391-43, Nancy).

EDITIONS ALBIN MICHEL,
22, rue Huyghens, Paris

A. DALCQ, professeur d'anatomie et d'embryologie à l'Université de Bruxelles. — **L'oeuf et son dynamisme organisateur** (1 vol. in-16 jésus, 582 pages, avec 130 illustrations, 73 francs).

C'est une vision synthétique du développement embryonnaire, qui permet d'affirmer que l'énigme de l'ontogénèse est tout aussi explicable que n'importe quel autre grand phénomène naturel. Cette étude comprend trois parties. La première envisage le développement général des vertébrés, montre les groupes cellulaires en mouvement et en croissance. La seconde partie se livre à une enquête analogue chez divers invertébrés, et permet de déduire les principes généraux du dynamisme organisateur. Enfin, exprimant ses vues personnelles en faisant appel aux notions physiques et chimiques, l'auteur s'attache au développement normal, à ses déviations, au problème de l'évolution, pour lequel il propose une solution complémentaire au mutationisme. La conclusion examine de façon originale la relation entre l'ontogénèse et le psychisme.



PARTIE PROFESSIONNELLE

Points de vue

LA SOUS-ALIMENTATION SPIRITUELLE

« L'homme ne vit pas seulement de pain » proclame sentencieusement l'Ecriture.

En des époques comme la nôtre où la disette aigrit le caractère, les quémandeurs de carte T n'entendront peut-être pas sans humeur évoquer cette sereine parole. Lorsqu'on est à court de beurre, de lait, de viande et, plus généralement, de tout ce qui, aux temps heureux, agrémente le pain on en vient à rabattre sur celui-ci le plus gros de l'appétit et à lui trouver une valeur intrinsèque considérable.

Mais il est bien vrai cependant que toutes ces denrées alimentaires, à la chasse desquelles nous passons le plus clair de notre temps, ne sont en définitive que la vulgaire rançon payée chaque jour à la bête que nous logeons en nous-mêmes, et que, si l'estomac criait moins fort ses récriminations, nous serions davantage alarmés par la famine spirituelle où nous végétons que par l'autre. C'est que, si endurci soit-il aux privations, un homme n'oublie jamais la sensation revigorante de manger ; la faim est maitresse du corps et si l'on dit qu'elle fait sortir le loup du bois c'est bien pour exprimer qu'elle est capable de dominer même l'instinct de conservation, qu'elle pousse pour se satisfaire l'animal au devant de tous les périls.

L'esprit n'a pas de si souveraines exigences ; il souffrira un moment de privations ; mais il est ruminant et peut se repaître de nourritures antérieurement absorbées. Ainsi trompe-t-il sa faim le plus aisément du monde et ne connaît-il pas les affres qui tordent l'estomac. Et puis comme pour le voyageur perdu dans les neiges l'inanition entraîne vite pour lui une sorte d'engourdissement qui masque le besoin et incite au sommeil.

C'est une expérience que des millions d'hommes ont faite il y a vingt-cinq ans. Ils étaient tombés dans une torpeur dont ils ne prenaient conscience que de loin en loin ; et même alors c'est moins du désespoir qu'ils ressentaient qu'une sorte d'étonnement stupide. Il nous fallut des années pour mesurer la déchéance où nous étions arrivés et en sortir. Mais se relève-t-on jamais entièrement de pareilles chutes ?

Je crains que nous ne soyons en train de tomber aussi bas.

***

Voici le monde entier à feu et à sang ; et pour combien de temps ? nul ne peut se hasarder à faire un pronostic. Pour sa part l'Europe est, depuis deux ans passés, en proie à la guerre, et depuis bien plus longtemps à la hantise de la guerre imminente. Des préoccupations de cet ordre ne se dominent pas facilement ; ni les artistes, ni les penseurs, ni les savants ne trouvent sur ce continent une ambiance favorable à la spiritualité pure. Car les conflits internationaux ne sont plus, comme autrefois, limités dans l'espace à quelques cantons, dans le temps à quelques mois de la belle saison, dans l'action à quelques poignées de guerriers professionnels. Descartes pouvait encore, reclus dans son « poêle », abstraire sa pensée des différends qui s'élevaient entre les peuples ; même, comme les moyens d'informations étaient, de son temps, lents et rudimentaires, il pouvait fort bien les ignorer. La guerre totale obscurcit le ciel pour tout le monde ; par elle les intellectuels comme les manuels se savent à tout instant menacés de façon ou d'autre ; elle s'impose à tous et se profile en permanence sur l'arrière-plan de leurs pensées. Dans une telle atmosphère peut-être les spécialistes de la chimie détonante ou de l'aéronautique de chasse trouvent-ils le ferment favorable à leurs spéculations. Et peut-être l'après-guerre nous trouvera-t-elle enrichis d'explosifs admirables ou d'engins sans rivaux pour propager la mort. Mais pour propager la vie et la sagesse sans doute serons-nous beaucoup moins bien équipés !

L'on dira que dans une époque aussi impitoyable que la nôtre tout n'est pas défavorable au génie de l'homme ; et même qu'il y trouve l'un des stimulants qui ont le plus de prise sur lui : la nécessité.

Si nous mangeons encore du sucre, bien que coupés des pays où pousse la canne, c'est que l'Europe de Napoléon le fut avant nous et dut

parer à cette brusque et totale privation ; d'où la culture et l'industrie de la betterave. Dans l'Allemagne moderne le caoutchouc et l'essence synthétiques ont pris naissance sous l'empire de préoccupations analogues. Mais si intéressantes et ingénieuses soient ces trouvailles, elles se ressentent du « climat » où elles sont nées ; utilitaires par nature elles restent des « utilités », bornées, terre à terre, inaptes aux premiers rôles dans le défrichement de l'Inconnu.

***

Telle est la tare constitutionnelle de notre siecle : d'avoir été hanté par l'emploi possible de ses trouvailles, d'avoir délibérément combiné des renvois d'engrenages et de poulies pour s'en servir ou plutôt pour s'en faire servir. L'homme du XXe siècle a employé son génie inventif à machiner les « ersatz » de l'esclavage que le XVIIIe avait solennellement aboli. Il a abondé en « inventions » ; il n'a pas fait grandes « découvertes ». Car la distance est grande d'un terme à l'autre, malgré que le langage courant les confonde volontiers. L'invention c'est un arrangement inédit, une combinaison astucieuse d'éléments connus pour en tirer un usage, une commodité nouvelle. La découverte c'est, de pied en cap, une conquête sur l'inconnu. On invente la boussole, on découvre l'Amérique. Au pied d'un même pommier un inventeur eut imaginé un appareil à cueillir les pommes ; Newton découvrit la loi de l'attraction universelle.

Les rigueurs de l'état de guerre pousseront peut-être quelques hommes à des inventions de première nécessité, et nous serons unanimes à leur faire bon accueil en ce qu'elles atténueront notre misere matérielle. Mais des découvertes, ces pures étincelles de l'intelligence, nous ne pouvons guère en attendre d'un monde enfiévré par les passes d'armes.

Les générations de 1914 eurent leur élan brisé et d'elles n'est pas sorti un seul nom de grand écrivain, de grand artiste, de grand savant, de ces noms, veux-je dire, qui, défiant les frontières, deviennent d'emblée le bien et l'orgueil de la race humaine dans son entier. Voici les plus jeunes atteintes aussi dans leur sève. L'humanité est à une de ces périodes déshéritées que l'histoire de l'esprit dédaigneuse, survole en rapportant : Rien à signaler. Les Pascal, les Michel-Ange, les Goethe ne sont pas pour nous et notre monde découronné est voué, des années durant, à vivoter bourgeoisement. Il est inquiet, il est perplexe : il posera des questions, comme il en pose aujourd'hui, attestant qu'il a relevé des traces et que, moins veule, il saurait par où pousser sa chasse. Mais n'attendons pas de lui réponses ni solutions. Peut-être sera-ce le lot de ceux qui nous suivront de désarmer les sphinx. Souhaitons-le sans basse jalousie, mais avec tout de même un peu de regret au cœur.

***

S'il manque les grands noms pour entraîner la masse, est-il croyable que cette masse manifeste beaucoup d'intérêt pour les travaux de l'esprit ? Où sont, dès maintenant, les « écoles » d'autrefois que dominait la figure du Maître et qui, par une mue constante, envoyaient au loin les disciples chargés de répandre la doctrine et en recrutaient de nouveaux à mesure ?

Pour nous, médecins, il y eut aussi de glorieuses époques symbolisées d'un nom : Dupuytren, Claude Bernard, Pasteur, Charcot. Nous n'avons plus rien de pareil ; les branle-bas guerriers ont réduit au silence les voix qui auraient pu nous enseigner. En ce moment même tombe peut-être sur un champ de bataille un autre Laennec qui nous aurait fait don d'une méthode diagnostique inconnue. Au long de cet hiver sinistre peut-être se morfond dans un camp et se dégrade lentement un autre Banting qui nous eut apporté un remède aussi irremplaçable que l'insuline.

Et nous tous enfin, les centaines de milliers de médecins qui en tous les points du globe exerçons la médecine modeste et directe du praticien assistant son semblable, quelle pâture spirituelle trouverons-nous soit pour affirmer notre valeur professionnelle, soit pour contenter notre curiosité de « tout ce qui est humain » ? Même si l'emprise des contestations politiques actuellement ouvertes épargnait encore quelques chercheurs ou quelques penseurs, même si une miraculeuse découverte surgissait comme une charité du ciel sur notre monde impie, quels moyens de diffusion s'offriraient à l'auteur ? La terre est couturée de lignes de défense qui parquent les hommes comme les fauves d'une ménagerie et leur interdisent de correspondre entre eux ; par disette de papier, les livres ne peuvent guère s'éditer et les journaux sont durement menacés. Même si une pensée forte se gardait intacte parmi nous, elle ne trouverait plus qu'à grand'peine un moyen d'expression.

Car tel est le châtiment des époques troublées. Tout ce qui est concédé aux forces brutales est retiré aux forces spirituelles et rien ne saurait compenser cette déchéance.

Nous assistons impuissants au gaspillage de nos chances et de nos possibilités ; et ne pouvons rien que plaindre les générations l'une après l'autre sacrifiées dans cette succession de cataclysmes.

***

Si pourtant ! un dernier recours nous est ouvert : signifier à ceux qui, d'ici quelques lustres raconteront la présente époque, que nous ne la vivons pas sans réflexion ni douleur. Que notre situation de parents pauvres nous la ressentons durement. Et que si nous n'ajoutons guère à l'héritage que nous avions reçu, si même nous le transmettons obéré, ce ne sera pas faute d'avoir peiné ni d'avoir donné de nous-mêmes : malheureusement c'est plus de sang que de pensée que nous aurons donné. Il était dans notre destin de faire décrire un « tournant » à l'Histoire ; et le char de l'Histoire ne « tourne » bien que sur un sol arrosé de flaques rouges.

G. Lavalée.

MAISONS MÉDICALES ET CORPORATION

Le Docteur Blairon, de Charleville, a publié dans notre numéro du 13 juillet 1941, une étude sur la Réorganisation de la médecine, dans laquelle il préconisait la création sur une grande échelle de Maisons médicales.

Il vient de nous adresser le complément de cette étude, sous forme d'un projet de statuts de ce qu'il appelle une « Société civile médicale », qui, dans son esprit, constituerait la base de la corporation.

Ce projet confirme ce que nous avons déjà noté à savoir que, pour le Docteur Blairon, la Maison médicale est essentiellement de structure corporative.

On peut donc regretter la confusion, bien excusable d'ailleurs, que commet le Docteur Blairon entre société civile et association de médecins. Si la Maison médicale doit être la propriété d'une collectivité, elle peut l'être soit d'une société civile, *de droit privé, constituée entre médecins, dans les formes et conditions précisées dans notre article du* 28 *décembre* 1941 ; *soit d'une* association à base corporative ou coopérative *qui devrait être fondée dans des formes et conditions à déterminer, sous l'égide de l'Ordre. Nous avons annoncé un article sur cette question. Il paraîtra incessamment. Mais, sans attendre, nous tenons à publier l'introduction à l'étude du Docteur Blairon qui contient certaines considérations générales fort intéressantes.*

La Corporation en général

On doit désigner sous le nom de Corporation, le groupement, l'association de personnes ayant toutes pour idéal et règle suprême, l'amélioration constante de leurs procédés de production commune pour le plus grand bien de la collectivité. Cet idéal étant bien conçu, l'ensemble de la Corporation tendant vers la perfection de son art, alors seulement on peut ajouter à la définition : Association de personnes ayant des droits et des privilèges communs. C'est dire que la Corporation ne peut être composée que d'individus faisant passer l'intérêt général avant l'intérêt particulier.

Cela implique immédiatement nécessité pour la Corporation de respecter l'intérêt individuel à titre de réciprocité.

Naturellement, une hiérarchie est nécessaire. Sans vouloir ranimer un passé moyenageux de maîtres et d'apprentis, il faut qu'il y ait dans chaque profession des chefs et des exécutants et plus particulièrement dans les professions dites libérales où l'individualisme a toujours limité le progrès. Mais si, à tous les degrés, l'intérêt de chaque membre n'est pas respecté dans l'exacte proportion où ce membre est utile à l'ensemble, il n'y a plus Corporation.

Le mot Corporation implique aussi la propriété absolue exclusive par ses membres de tous les biens, meubles et immeubles devant servir à l'exercice de la profession. Une Corporation métallurgique par exemple implique la propriété de l'Usine et des matières premières par tout l'ensemble du personnel : patron, ingénieurs, contremaîtres, ouvriers. Si un tel idéal n'est pas réalisable immédiatement la réorganisation de la vie économique doit cependant tendre vers cette conception de tous les métiers.

La Corporation médicale :

Définition : Il faut entendre par ces mots de Corporation médicale, l'association des médecins praticiens dont le but est de soigner les malades tout d'abord avec les méthodes les plus parfaites et les plus récentes sur lesquelles l'accord scientifique s'est fait, ensuite de la façon la plus économique possible.

Nous devons éliminer de ce projet l'organisation des études médicales qui regardent l'enseignement supérieur, l'organisation générale de l'hygiène attribuée à un groupe de médecins spécialement instruits à ce sujet, enfin la répartition des postes de médecine générale et de spécialité qui répond aux besoins de la collectivité et qui doit être réglée par ses chefs.

Il nous faut aussi faire sinon le procès du moins la critique du syndicalisme médical tel qu'il avait été conçu dans les trente dernières années.

***

Le syndicalisme médical, basé au début sur le principe de la Mutualité, de l'aide corporative, avait subi l'influence du syndicalisme en général et, troublé aussi par les difficultés économiques, il avait pris l'attitude de combat dont les autres groupements de l'activité humaine lui avaient donné l'exemple. Il comportait d'ailleurs dans sa conception une erreur capitale : il voulait grouper et unir des intérêts individuels opposés les uns aux autres. Pour les hommes de bonne foi, de bonne volonté, il était un frein à la mise en pratique de leurs généreuses pensées ; pour les autres, il était un tremplin hypocrite qui favorisait leurs mauvais desseins.

Il importe peu que le mot syndicalisme soit

supprimé et fasse place au corporatisme ; c'est même un geste inopérant d'avoir remplacé tons les dirigeants du syndicalisme par d'autres hommes nullement préparés d'ailleurs aux besognes nouvelles ; l'essentiel est de modifier les esprits et les cœurs pour les convaincre que l'altruisme doit l'emporter sur l'individualisme et l'égoïsme sacrés.

BASE DE LA CORPORATION MÉDICALE

En médecine comme dans toutes les autres professions, la base de la Coporation ne peut être que la propriété collective de tout ce qui sert à l'exercice de la profession.

Il va de soi que cette propriété collective n'ira pas jusqu'à intéresser l'appartement, les meubles et les menus objets de chaque praticien, mais elle deviendra collective dès qu'elle intéressera les objets mobiliers et immobiliers coûteux, par exemple à partir du chiffre très arbitraire de 5.000 francs. La liste détaillée pourrait d'ailleurs en être faite dans la convention qui unirait tous les médecins ; en gros, cette propriété collective s'appliquerait aux cliniques, immeubles pour centres de diagnostic et laboratoires, à tous les appareils de chirurgie, grande, moyenne et petite, à tous les appareils d'électro-radiologie, à tous les appareils d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, comme aussi aux appareils de spécialités non classés tels que l'électrocardiographe et tous ceux qui, dans l'avenir, paraîtraient au Conseil d'administration devoir être acquis.

Dr BLAIRON.

Suit le texte du projet de statuts que le Docteur Blairon a élaboré. Nous nous en inspirerons, après l'avoir amendé, ainsi que son auteur nous a invité lui-même à le faire.

Retenons-en dès maintenant les clauses les plus intéressantes :

« Tout médecin praticien doit posséder un minimum de parts au moins dans une société.

Il ne lui est pas interdit de participer à la formation de plusieurs sociétés surtout quand il exerce dans une région limitrophe de deux Maisons médicales.

La liste de tous les actes médicaux qui devront être exécutés dans la Maison médicale sera acceptée par tout praticien au moment de son entrée dans l'association. Il est formellement interdit à tout médecin d'exécuter ou de faire exécuter ces actes médicaux en dehors de la Maison médicale à laquelle il est rattaché.

Le contrôle de la Maison médicale appartient au Conseil de l'Ordre pour tout ce qui touche à la clientèle libre et aux accidents du travail ; aux médecins inspecteurs d'hygiène et au Conseil de l'Ordre pour tout ce qui touche aux assurés sociaux.

La répartition des bénéfices sera faite sous le contrôle du Conseil de l'Ordre, entre spécialistes et médecins traitants, après prélèvement des honoraires de chaque catégorie de médecins, rémunération du capital ayant servi à la création de la Maison médicale et paiement de tous les frais généraux. »

Les grandes lignes de ce projet nous aideront à mettre sur pied un projet de statuts pour une Maison médicale fondée sur l'impulsion et sous l'égide de l'Ordre. Ce projet, en forme juridique serait facilement utilisable dès que le Conseil supérieur de l'Ordre aura décidé de passer aux actes.

Avec une grande modestie, le Docteur Blairon estime d'ailleurs que « nous avons encore bien du temps devant nous avant la réalisation d'une œuvre durable et que c'est presque pour nos petits enfants que nous travaillons ».

Certes, nous ne nous dissimulons pas que bien des difficultés surgiront devant les hommes de bonne volonté qui, comme le Docteur Blairon, essaient de donner à la profession médicale un cadre plus adapté aux nécessités de l'heure.

Mais est-il interdit d'espérer que « la Corporation médicale » puisse cesser rapidement d'être un mythe ? Elle aurait évidemment, dès sa constitution, des pouvoirs matériels et moraux dont l'Ordre, dans sa structure actuelle, ne peut disposer.

Enfin et surtout, ce que le Docteur Blairon envisage, nous pensons pouvoir y parvenir aussi sous la forme coopérative, sous la direction de l'Ordre sans aucun remaniement de structure.

Nous n'ignorons pas, qu'il faudra, au préalable, entreprendre une véritable réforme des esprits dans le Corps médical, et donner à celui-ci le goût du travail en équipe.

Cette réforme est-elle irréalisable ?

Nous voulons espérer que non. Mais avant de demander aux médecins leur adhésion dans la nuit, pour une orientation aussi nouvelle, sans doute sera-t-il sage de faire un ou plusieurs essais dans des secteurs bien déterminés. Le succès de ces expériences sera le plus fort argument en faveur de l'utilité, de la nécessité même des Maisons médicales. C'est cette thèse que nous comptons développer dans un prochain article.

N. D. L. R.

LE MÉDECIN DEVANT LE SPORT — SPORT ET COMPÉTITION CONTROLE MÉDICAL SPORTIF

Le sport est-il devenu, en France, à l'égal de la tuberculose, de l'alcoolisme, de la syphilis ou du cancer, un péril nouveau pour la santé du pays, pour l'avenir de la race ?

C'est sans doute ce que l'on pourrait croire en lisant certains articles d'éminents confrères, condamnant délibérément au nom sacro-saint de la sagesse et de la mesure, qualités éminemment françaises à les en croire, le sport de compétition, ce qui tendrait à supprimer intégralement le sport en général.

Relisons en effet la conclusion de l'article du Docteur Noir « *Le mieux peut être l'ennemi du bien. La frénésie sportive* : (*Concours médical* du 23 novembre 1941). On doit condamner les pratiques de compétition et la poursuite des records et suivre le précepte de l'Ecclésiaste qui affirme que l'homme patient vaut mieux que le présomptueux ».

Médecin et sportif, je pense au contraire que le sport, sport de compétition compris, est et doit être, rationnellement compris, organisé et surveillé, un des facteurs primordiaux du relèvement physique et moral du pays, et je jette un cri d'alarme, de révolte, contre cet anathème nouveau jeté contre le sport.

Je ne nierai pas contre toute évidence que des excès sportifs peuvent créer ou aggraver chez des sujets inaptes ou mal préparés ou encore sous-alimentés, des désordres physiologiques, voire des lésions organiques graves.

C'est là que le médecin doit remplir son rôle c'est-à-dire examiner longuement, minutieusement, scientifiquement, fréquemment, les candidats au sport, éliminer catégoriquement les inaptes, rester en liaison constante avec les dirigeants et les entraîneurs, imposer le repos aux surentraînés.

Or, c'est un fait indéniable, le contrôle médical sportif systématique, à de rares exceptions près, est loin d'avoir pris, pour des raisons très diverses, l'extension nécessaire, et malgré les impératifs catégoriques du commissariat des sports, on n'a pas encore voulu, tant dans les sphères dirigeantes que dans le milieu médical, lui accorder l'importance qu'il mérite.

Ce contrôle médical devrait comprendre obligatoirement, outre l'établissement de la fiche physiologique et un examen clinique complet, la radioscopie des poumons et du cœur, l'examen chimique des urines et se terminer par une conclusion médicale catégorique, autorisant ou interdisant l'exercice du sport de compétition.

Ainsi compris, le contrôle médical sportif nécessite un personnel médical nombreux, une discipline indispensable de la part des sportifs et des dirigeants. Il sera *obligatoirement* onéreux, et décidé à dire toute ma pensée, je n'hésite pas à qualifier de ridicules les honoraires médicaux proposés par les Commissariats des sports, dix francs par sujet pour deux visites annuelles. Le contrôle médico sportif doit être fait et bien fait, ce doit être une œuvre d'utilité publique largement subventionnée par l'Etat responsable de la santé de la nation.

C'est seulement après plusieurs années d'observation méthodique que l'on pourra sur de vraies statistiques larges et précises, basées sur des chiffres et non pas sur quelques observations fragmentaires ou sur des impressions, parfois sur des préjugés plus ou moins partiaux, établir si oui ou non le sport et le sport de compétition sont préjudiciables à la santé.

La France, en effet, pays de la sagesse et de la mesure, est venue tard et timidement au sport et ne joue encore qu'un rôle de second plan dans le grand concert sportif international. Aussi tenterai-je pour me faire une opinion, d'examiner à l'étranger l'effet du sport sur la santé.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que la vitalité, le dynamisme et la santé, sont de façon certaine sinon exclusive, l'apanage des pays éminemment sportifs, qu'il s'agisse des pays anglo-saxons, ou de l'Allemagne, de l'Italie et du Japon.

D'autres que moi ont déjà montré ce que l'on pouvait attendre sur le plan moral et social de la pratique étendue du sport et pourquoi la compétition est indispensable au développement du sport.

Force, énergie, goût de l'effort et du risque, apprentissage de la souffrance, esprit d'équipe respect de l'adversaire, loyauté, discipline librement consentie, voilà la participation de la rude école du sport de compétition à la grande œuvre de rénovation nationale.

Que pèsent, en parallèle, les reproches adressés par mon ancien et respecté maître, le Professeur Castaigne, au sport.

« Industrialisation du spectacle sportif, Adulâtrie des vedettes ? »

Que quelques mauvais bergers aient voulu faire du sport une affaire, que quelques garçons doués spécialement et exclusivement sportivement en aient fait leur gagne pain comme d'autres font du cirque, de la danse ou du cinéma, on peut le regretter. C'est une autre histoire, c'est

le procès du sport professionnel qui ne nous intéresse pas (1).

Que la presse sportive ait monté quelques sportifs en vedettes, que certains esprits faibles, pour employer le coloré jargon sportif, en aient eu la tête enflée, c'est là l'exception.

Tous mes camarades de sport, ouvriers, artisans, intellectuels, s'entraînent en dehors de leurs heures de travail, apprennent à se connaître, s'en portent mieux et ne se prennent pas, vedettes ou exécutants moyens pour des demi-dieux. Ils vont moins au cinéma et au dancing, jouent moins à la belotte et prennent moins l'apéritif. Que les cafetiers le regrettent, soit, mais pas nous médecins :

Déplorerons-nous l'engouement pour le sport, la ruée des foules vers le stade ? Tout spectateur sportif, a-t-on dit, est un sportif en puissance.

Nous préfèrerions plus de pratiquants et moins de spectateurs. Mais encore aimons-nous mieux la chaude et vibrante atmosphère du stade que l'ambiance frelatée des hippodromes et des dancings.

Médecins, apprenons à connaître le sport et le sportif, ne soyons pas rétrogrades. Il dépend exclusivement de nous que, gardant ses vertus, le sport ne devienne pas par des fautes dont nous serions responsables, un danger pour une minorité.

Evitons par un ostracisme plus systématique que raisonné d'écarter de nous les sportifs. Il faut, au contraire, que nous exigions un contrôle médical sérieux qui ne soit pas une parodie de médecine comme certains sports professionnels sont une triste parodie du sport.

Dr Blanguernon.

N. B. — Je n'ai pas abordé ici la question très spéciale, très délicate, du sport féminin, qui, à elle seule, nécessite une étude approfondie.

Nous ne différons pas essentiellemenr d'opinion avec l'auteur de cet article. Il y a sport et sport et compétition et compétition. Nous admettons les stimulants et l'émulation, mais quand la publicité exagérée des journaux quotidiens les transforme en indiscutables abus, nous y voyons un danger et nous ne saurions l'admettre. Du reste l'opinion des médecins, même du Docteur Blanguernon, est unanime sur ce point. Quoiqu'il en soit nous persistons à croire que, même en matière sportive, l'excès en tout est un défaut.

J. Noir.

LE RÉGIME ALIMENTAIRE DES PRISONS

Dans un écho récent, un de vos lecteurs, médecin de la Maison d'arrêt de la ville de L... vous signale que les prisonniers reçoivent dans « cette auberge bénie », 400 grammes de pain par jour et 125 grammes de viande, trois fois par semaine, et il trouve leur sort enviable pour les honnêtes gens. Il est regrettable que ce confrère ne vous ait pas signalé en même temps que cette quantité de pain représente le principal de leur alimentation qui se décompose de la façon suivante :

Un quart de café le matin ;
Soupe avec quelques légumes à 10 heures ;
Soupe avec quelques légumes à 17 heures ;

Le morceau de pain de 400 grammes est donné pour toute la journée. En plus 250 grammes de viande par semaine (théoriquement).

Calculez les calories et vous verrez combien cette ration est insuffisante.

C'est plutôt un cri d'alarme qu'il faudrait jeter, car à l'heure actuelle, les prisonniers meurent de faim et de froid.

Un seul chiffre : 31 morts dans le seul mois de décembre dans le Service de médecine d'un hôpital central des prisons, sur 1.500 détenus.

Ces gens sous-alimentés ne peuvent se défendre contre le froid et sont plus fragiles vis-à-vis de la maladie et vis-à-vis de la tuberculose en particulier. Toutes les tuberculoses chirurgicales sont à marche rapide. Deux exemples parmi tant d'autres sont évocatifs :

Une appendicite aiguë bacillaire déclenche en moins de trois mois, une péritonite tuberculeuse, une pleurésie et enfin une laryngite tuberculeuse Un jeune homme de 25 ans fait une poussée de synovite bacillaire du cou-de-pied. Quelques semaines après, les ganglions se prennent ; trois mois plus tard, il succombe.

Il y a là, un problème des plus graves. Actuellement, les prisons sont des centres de développement pour la tuberculose ; ils deviendront des centres d'essaimage. La question est de la plus haute importance pour l'avenir de la race et du pays et vaut mieux que des plaisanteries comme celle qui consiste à considérer les prisons comme des « auberges bénies ».

Dr Masmonteil.



(1) Mais c'est ce qui nous intéresse. J. N.

ALLOCATIONS FAMILIALES

Devant la menaçante offensive de la Caisse d'allocations familiales médicales, réclamant *manu militari* le paiement de ses cotisations, le Corps médical est agité d'une grande émotion.

Incapable, dans son individualisme un peu obtus, de s'élever du particulier qui le touche au général qui, seul, importe, il fulmine contre la malheureuse Caisse de la Chaussée-d'Antin qui n'en peut mais, puisqu'elle applique la loi, simplement.

Or, cette loi est mauvaise non en ce qu'elle frappe les médecins, mais en ce qu'elle frappe tous les travailleurs indépendants.

C'est contre cette loi de démagogie imposée à la hâte et comme « à la sauvette » par un gouvernement qui a accumulé les fautes jusqu'à la faute suprême, que doivent s'élever tous les travailleurs indépendants y compris les médecins.

Qui ne souscrit à l'excellence du principe suivant : *La collectivité doit aide aux familles nombreuses.*

Mais un principe est une chose. Ses applications en sont une autre.

C'est ainsi que, par une généralisation abusive et inintelligente, les Pouvoirs publics ont imposé par décrets-lois de juillet et décembre 1939, le système des allocations familiales, basées sur le principe de la compensation, aux travailleurs indépendants et, spécialement, aux médecins.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici la valeur absolue du principe de compensation appliqué aux salaires.

On peut remarquer, cependant, que si l'encouragement à la natalité portait ses fruits, ce qu'il faut souhaiter, et si la majorité des familles de salariés français atteignait un jour trois ou quatre enfants, la compensation serait difficile : sur qui en définitive, serait-elle prélevée ?

Il y a d'autres moyens plus rationnels de soutenir la famille nombreuse, mais ils exigeraient une charte européenne du travail et ceci est une autre histoire.

Dans l'état actuel des choses, le principe de compensation a une valeur relative certaine. Il est efficace puisque les familles à grand nombre d'enfants sont de beaucoup, les moins répandues.

Une condition, toutefois, est nécessaire à cette efficacité : *la compensation doit porter sur des salaires de base égaux.*

La fiction hypocrite du salaire minimum appliquée aux recettes professionnelles des travailleurs indépendants montre bien l'embarras et la mauvaise foi des rédacteurs de cette loi détestable.

C'est l'égalité *réelle* et elle seule, qui rend logique le prélèvement sur les salaires d'individus sans charges de famille au bénéfice des chefs de familles nombreuses.

Tout le système porte à faux dès que cette égalité de base du salaire n'existe pas.

Par exemple, les employés d'une administration gagnent deux mille francs de salaire mensuel. Rien n'est plus équitable, socialement parlant, que le prélèvement d'une parcelle de ce salaire destiné à un célibataire et l'attribution de cette parcelle à son collègue père de trois enfants.

Egalité de salaire pour égalité de travail, *mais à charges sociales égales.*

Le principe de compensation est parfaitement efficace dans de tels cas où les salaires de base sont égaux.

Par contre, que vient-il faire chez des *travailleurs indépendants*, dans une profession libérale par exemple, où les recettes sont, par définition, variables et sans commune mesure ?

Il est facile d'imaginer des cas absurdes, mais vraisemblables, bien plus, d'en découvrir de réels!

Voici un médecin ou un architecte ou un avocat, père de famille nombreuse, qui jouit, en outre, d'une importante situation professionnelle qui reçoit, par exemple, 200.000 francs d'honoraires annuels : les deux choses ne sont pas incompatibles. On peut avoir beaucoup d'enfants et beaucoup de clients !

Voici, à côté de lui, un médecin ou un architecte ou un avocat, marié, père d'un enfant, mais qui, moins doué pour cette réussite spéciale qu'est la clientèle, végète et joint à peine les deux bouts, encaissant 40.000 francs par an, par exemple.

De par les décrets-lois, ce travailleur indépendant mais besogneux devra verser à son opulent confrère une dîme négligeable pour le bénéficiaire mais fort lourde pour l'assujetti payant.

Qui ne voit que le système est vicié à la base ?

Le système de compensation ne peut s'appliquer aux salaires inégaux. Il est donc mauvais dans de tels cas et inadapté aux travailleurs indépendants.

Il doit être rejeté en ce qui les concerne. Il faut aider les familles nombreuses, mais à deux conditions :

1° Que cette aide soit justifiée par la situation du bénéficiaire éventuel ;

2° Qu'elle soit englobée dans les œuvres sociales que les professions, d'abord organisées, seront amenées à réaliser dans leur sein.

Il ne faut pas mettre la charrue avant les bœufs.

Avant tout, organiser les professions des travailleurs indépendants, spécialement les libérales

qui en ont grand besoin ! Equilibrer les charges qui pèsent sur elles, protéger leurs activités. Ensuite leur imposer des œuvres sociales « intérieures », construites sans précipitation, avec sagesse, en tenant compte des possibilités.

Il ne s'agit pas d'ériger une façade de textes légaux à incidences injustes, dans le seul but de « faire nouveau » !

Il ne faut pas que la nouvelle Société française soit comparable aux fameux villages de Potemkine destinés à éblouir la grande Catherine.

Il n'y a personne à éblouir ! Il faut donc qu'un mouvement d'opinion gagne toutes les catégories de travailleurs indépendants. Il faut qu'ils protestent tous contre les lois de juillet et décembre 1939, non pas en ergotant contre telle ou telle de leurs modalités, mais en attaquant leur principe qui, en l'espèce, est mauvais, inique, inefficace.

Nous sommes certains que le Pouvoir accueillera les considérations qui précèdent non comme de vaines et stériles critiques, mais comme l'expression de la volonté de tous les Français de faire mieux et plus juste.

Dr TABERLET.

COMME *ILS* NOUS COMPRENNENT...!

A la mémoire du Docteur J. CAMESCASSE

Nous nous donnons tous les jours beaucoup de mal dans le but de faire bien comprendre nos recommandations. Trop souvent, nous avons la naïveté de croire que nous y avons réussi, parce que l'attitude de nos malades nous l'a fait croire, ou même qu'ils nous l'ont affirmé.

Eh bien : souvent il n'en est rien, comme va le montrer l'anecdote suivante, strictement vraie :

Une personne de ma famille prenant récemment le train, vit peu avant l'heure du départ, monter dans son compartiment un groupe de gens, puis au dernier moment surgit un ouvrier, tout essoufflé.

La conversation s'engageant aussitôt entre eux, on fit remarquer au dernier venu qu'il paraissait avoir pleuré, et semblait bien fatigué : « C'est vrai, je suis mal f...u, répondit-il, je viens même de consulter le Docteur C... Il m'a dit que j'avais un « dyssipère » et que, dans trois ans j'en aurais encore. (Ne croyez pas que notre confrère soit prophète, mais le malade lui ayant appris qu'il avait déjà eu un érysipèle trois ans auparavant, il avait répondu que l'érysipèle pouvait, en effet, se reproduire *ainsi*, mot que l'homme avait traduit par « de la même façon », c'est-à-dire dans trois ans encore).

Il s'agissait d'un érysipèle en lunettes, ce pourquoi le malade semblait avoir pleuré. Il apparut que le médecin lui avait signalé le caractère contagieux de cette affection, et lui avait conseillé de rester chez lui, surtout en cette saison.

« Ah bien ouiche ! avait pensé l'autre, — c'est que moi, je dois aller à Brest ». Il avait eu juste le temps de se procurer le médicament prescrit et de gagner la gare en vitesse. Il fit voir son médicament (ces gens ont le cœur sur la main), c'étaient des comprimés rouges, du Rubiazol évidemment.

Peu à peu, la conversation dévia sur d'autres sujets du plus haut intérêt, dont les soucis alimentaires firent les frais, car ils ont remplacé la pluie et le beau temps — que les temps sont changés ! Mais tout à coup notre homme de s'écrier : « Oh zut ! (on me comprend), le Docteur m'a bien recommandé de prendre un de ces machins-là tout de suite, puis toutes les deux heures... et je n'ai pas d'eau. — Qu'à cela ne tienne, répondit aussitôt un des camarades, moi j'ai du vin (il est de ceux qui ne s'embarquent jamais sans se munir d'un « kilog », remède excellent contre la tristesse de « mourir un peu ».)

De verre, il n'était évidemment pas question, ce fut donc au goulot que le malade but là, ou les gorgées nécessaires, avant de rendre courtoisement la bouteille au copain.

On a deviné la suite : ce litre, exhibé, ne pouvait manquer de faire le tour de la compagnie et chacun à son tour d'y boire, à la régalade.

. . . .

Pendant ce temps, sans doute, notre Confrère rédigeait une « Déclaration de maladie contagieuse » destinée à déclancher des mesures... prophylactiques ! Quant au malade, il s'apprêtait à changer de train à Quimper... pour recommencer probablement la cérémonie dans son prochain wagon.

Dr E. DAMEY.

ADRIEN LOIR (1862-1941)

Doyen des Médecins fonctionnaires d'hygiène

C'est évidemment un titre honorable d'être le neveu d'un grand homme, mais Adrien Loir accumula pendant sa longue vie suractive des titres plus personnels. Il roula sa bosse de continent en continent et d'enthousiasmes en enthousiasmes, semant par tout le globe des graines fertiles, dont il abandonna la moisson à l'humanité. Il apprit aux Russes à combattre la rage, aux Australiens à tuer les lapins surabondants et à sauver de la péripneumonie les bovidés trop rares. Il organisa des bureaux d'hygiène, avant la lettre, à Tunis, au Cap et au Zambèze. Il apprit la doctrine pastorienne aux Canadiens, puis il trouva enfin un port d'attache, le Havre, où il occupa pendant 31 ans, à la suite de Pottevin, le premier bureau d'hygiène offi iel de France.

Petit homme trapu et solide, aux épaules larges, il manifestait une activité sans répit, que sa santé supportait bien. Il partait sans cesse en croisade, et continua à batailler jusqu'à la fin pour les cures de haute mer, la chlorazone, les vaccins spirillaires et surtout pour la destruction des rats par des chats sélectionnés.

Il fut président du Syndicat des médecins fonctionnaires d'hygiène et combattit avec Aublant pour leur obtenir le statut qu'ils attendaient depuis 1902, et qu'ils viennent seulement d'obtenir. Sa disparition mettra en deuil toute la corporation.

Ses intimes garderont un souvenir ému de ce bon camarade dont ils feuilletaient sans cesse l'inépuisable mémoire. Premier préparateur de Pasteur, rue d'Ulm, il aimait raconter les détails pittoresques de leur vie en commun. Sur nos conseils, il écrivit ses souvenirs d'alors sous le titre de « à l'ombre de Pasteur ». Cet ouvrage publié par le « Mouvement Sanitaire » eut un grand succès.

Que Madame Loir, qui fut la plus dévouée et la plus admirable compagne, que ses enfants dispersés par la vie, reçoivent les condoléances bien attristées de tous les hygiénistes.

Dr Briau.

MARCEL PROUST ASTHMATIQUE (1)

Marcel Proust s'est éteint le 18 novembre 1922 à 51 ans, diminué physiquement par la maladie, par les drogues, diminué aussi par une claustration volontaire commencée en 1910 et qui dura donc une douzaine d'années. Cette claustration habitua l'écrivain à l'idée de la mort qui lui tenait, disait-il, une compagnie aussi incessante que l'idée du moi.

Asthmatique, il a été emporté par une complication pulmonaire, mais son ami Jacques Rivière a pu écrire qu'il est mort « parce qu'il ne savait pas comment on ouvre une fenêtre, comment on allume un feu. » Depuis longtemps il n'était plus le bel élégant admiré naguère dans les réunions mondaines : « le nez est pincé, la moustache inégale, sa maigreur extrême, et la barbe pousse au fond de ses joues exsangues au teint cireux. Son corps est devenu maintenant la proie des fumigations, des ventouses, des piqûres... »

Bien que fils et frère de médecins des plus distingués, l'auteur d'*A l'ombre des jeunes filles en fleurs* se montra assez indocile aux conseils des praticiens qui le soignèrent. Sa première crise d'asthme se déclare, très grave, lorsqu'il n'a que 9 ans ; il demeure ensuite de complexion délicate mais accomplit cependant son volontariat d'un an. Nommé bibliothécaire-adjoint à la Mazarine, il ne peut, en raison de sa santé, conserver ce poste. Il est en effet sujet à des accès que l'on croit sans peine épuisants si l'on se représente le malade « pâle, en sueur ou cyanotique, assis dans un fauteuil ou sur son lit, respirant lentement, bruyamment, douloureusement, puis toussant et crachant pendant quatre heures, huit heures, quinze heures et plus », car telle était chez Proust l'intensité de certaines crises.

En se confinant dans son appartement du boulevard Haussmann (2), il se condamne à ne plus sortir qu'une ou deux fois par mois, toujours la nuit, pour une courte apparition dans une soirée ou pour recevoir, toutes portes closes car il craint effroyablement les courants d'air, des amis dans les salons de l'hôtel Ritz. Mais chacune de ces sorties exige sa rançon et les jours qui les suivent le malade souffre davantage. Malade ? C'est grand malade qu'il faudrait écrire. Proust vit presque constamment couché sur un lit qui est rarement fait. Portes et fenêtres de sa chambre sont rigoureusement fermées et les rideaux restent tirés ; les domestiques ont l'ordre de ne pas enlever la poussière ; dans cette pièce jamais aérée les vapeurs de fumigations rendent l'air encore plus irrespirable. Le chauffage central n'est pas utilisé : il faut éviter la dispersion des poussières. C'est dans cette chambre aux murs tapissés de liège et encombrée d'un énorme piano à queue que l'écrivain produisit la plus grande partie de son œuvre. Portant un nombre déraisonnable de gilets ouatés, il se couchait tout habillé avec des gants, blancs ou noirs, plusieurs paires de bas, et grelottait malgré cinq couvertures de laine et trois édredons.

Dans sa correspondance, Proust fait de fréquentes allusions aux douleurs qu'il endure, ne pouvant ni quitter sa chambre, ni se mouvoir, ni même parler. Un lien le retenait à la vie : les romans qu'il voulait achever ; en dépit de ce lien, son tête-à-tête avec ses crises, avec sa santé n'étaient plus (c'est lui qui l'a dit) que *meditatio mortis*. Il n'est donc pas douteux que l'issue de l'accès suprême ait été pour lui une délivrance.

Michel Renault.

(1) Librairie Arnette Paris. Michel Ferrand, thèse 1939.

(2) Vers 1920 Proust alla habiter, rue Hamelin où il mourut.

DOCUMENTATION PRATIQUE

NOUVEAUX TARIFS DE REMBOURSEMENT DES ASSURANCES SOCIALES

UNION DES CAISSES D'ASSURANCES SOCIALES DE LA RÉGION PARISIENNE

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que le Conseil d'Administration de l'Union des caisses a examiné, à sa dernière séance, les propositions formulées par la Commission permanente, la Commission des Conventions et tarifs et le bureau de l'Union des Caisses en ce qui concerne le relèvement des tarifs de responsabilité. Conformément à l'avis exprimé par la majorité des représentants des Caisses de la région, il vous propose l'adoption des tarifs suivants à dater du 1er janvier 1942 : 80 % des dépenses effectuées par les assurés sociaux avec, comme plafond, les chiffres ci-dessous :

I. Consultations

Départements	*Tarifs corporatifs*	*Remboursement ne*
Seine	35 francs	28 francs
Seine-et-Oise..	30 francs	24 francs
Seine-et-Marne	25 francs	20 francs
Eure-et-Loir..	25 francs	20 francs
Oise	25 francs	20 francs

2° Visites

Seine	40 francs	32 francs

Dans les autres départements le tarif de la consultation est majoré de 4 francs net pour les visites dans la même commune. Pour les visites hors commune, le remboursement du déplacement du médecin aura lieu à raison de 2 francs net par kilomètre parcouru avec minimum de 4 francs.

La majoration pour visite du dimanche reste fixée à 30 % et à 100 % pour les visites de nuit.

3° Petite chirurgie

La nomenclature applicable est celle annexée à l'arrêté du 19 mars 1940. Le chiffre-clé est le suivant :

Départements	Chiffre-clé indiqué par l'Ordre des médecins PCI	Remboursement net P C I
Seine	25 francs	20 francs
Seine-et-Oise . Seine-et-Marne Eure-et-Loir.. Oise	20 francs	16 francs

Pour les actes égaux à PCI ou PC 1,5 lorsqu'ils sont effectués en même temps qu'une consultation, celle-ci seule doit être remboursée. Au contraire, pour les visites supérieures à PC 1,5, il convient de rembourser l'acte à l'exclusion de la consultation, les PC 0,75, doivent être remboursés au tarif résultant du chiffre-clé ci-dessus indiqué puisqu'il s'agit d'actes pratiqués en série.

4° Acte de chirurgie et de spécialité

La nomenclature applicable est annexée à l'arrêté de 1931 édité par l'ex-Confédération des syndicats médicaux français.

Valeur de K.

1° *Au domicile du malade ou du médecin.*

Quel que soit le coefficient K = 15 francs.

2° *Clinique ayant passé convention :*

Si le coefficient de l'acte est inférieur à K 24 — le chiffre-clé est égal à K = 10, soit net K = 8.

Si le coefficient est supérieur ou égal à 24, le chiffre-clé est égal à K = 17,50, soit net K = 14.

3° *Clinique agréée ou se soumettant au contrôle.*

Si le coefficient de l'acte est inférieur à K 24 — le chiffre-clé est égal à K = 10 soit net K = 8.

Si le coefficient est supérieur ou égal à 24, le chiffre-clé est égal à K = 15, soit net K = 12.

5° Soins dentaires

Valeur du chiffre-clé

1° *Au cabinet du praticien :*

D = 12,50 soit net 10.

2° *Au dispensaire lorsque l'opérateur est un dentiste diplômé :*

D = 10 soit net 8.

3° *Ecole dentaire ayant passé convention :*

D = 8 soit net 6,40.

6° Maternité

— *Accouchement à domicile : forfait de 500 francs nets auxquels s'ajoutent les prestations prénatales et postnatales.*

En vue de soumettre à la Commission tripartite la modification du tarif de responsabilité, je vous serai très obligé de bien vouloir me faire connaître par retour, votre adhésion aux indications portées dans cette circulaire, ainsi qu'un mandat au cas où vous désireriez que la modification de votre tarif soit présentée, comme par le passé, par l'Union des caisses.

Le directeur :

G. Grimald.

Directeur-Gérant : G. Lavalée   Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

Rien fils de rien, par Christiane AIMERY, un nouveau roman de la collection « L'Arabesque », que Louise Hervieu, André Bellessort et Lucien Descaves recommandèrent presque en même temps à l'éditeur de la collection.

La maison sous la mer, de Paul VIALAR va être portée prochainement à l'écran. Jean Delannoy en assurera la mise en scène.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Allocations familiales

Nous publions ci-dessous le texte de l'arrêté du 20 *décembre* 1941, modifiant le taux des salaires moyens départementaux.

Cette modification se caractérise par un relèvement sensible de ce taux, qui atteint 30 *et* 40 % *même, pour certains départements, et entraîne les conséquences suivantes :*

— Augmentation des allocations familiales. C'est le but recherché par le Gouvernement, pour aider les familles nombreuses et compenser pour elles, dans une certaine mesure tout au moins, la hausse du coût de la vie alors que les salaires et les revenus restent fixes.

— Augmentation dans la même proportion des cotisations dues aux Caisses d'allocations familiales. Cette seconde conséquence sera durement ressentie par les « Travailleurs indépendants » pour qui la charge des cotisations, calculées sur la base des anciens taux, était déjà bien lourde.

Ainsi se manifeste une nouvelle fois l'erreur qui consiste à appliquer aux « Travailleurs indépendants » le régime des allocations familiales, conçu pour les salariés.

Le ministère du Travail devrait se rendre compte que les professions libérales ne peuvent supporter les mêmes charges que le commerce et l'industrie, qui eux, les incorporent dans leur prix de revient.

Une fois de plus, nous demandons aux représentants officiels de la profession, de se saisir de cette question et d'obtenir, en attendant une réforme de base, que le bénéfice de l'article 37 *du décret-loi du* 29 *juillet* 1939, *prévoyant l'octroi de subventions de l'Etat aux Caisses des « Travailleurs indépendants » soit appliqué en faveur des médecins comme il l'est pour certaines autres catégories de professions libérales ou artisanales.*

N. D. L. R.

Art. 1er. — Les salaires moyens départementaux servant de base au calcul des allocations familiales sont fixés ainsi qu'il suit :

DÉPARTEMENTS	SALAIRES urbains francs	SALAIRES ruraux francs
Ain	1.150 »	950 »
Aisne	1.200 »	1.050 »
Allier	1.150 »	950 »
Alpes (Basses-)	1.100 »	950 »
Alpes (Hautes-)	1.100 »	950 »
Alpes-Maritimes	1.200 »	1,000 »
Ardèche	1.100 »	875 »
Ardennes	1.250 »	1.050 »
Ariège	1.050 »	875 »
Aube	1.150 »	900 »
Aude	1.100 »	900 »

	Salaires urbains francs	Salaires ruraux francs
Aveyron	1.100 »	875 »
Belfort	1.200 »	950 »
Bouches-du-Rhône :		
Marseille	1.350 »	
Reste du département	1.250 »	1.000 »
Calvados	1.150 »	950 »
Cantal	1.050 »	900 »
Charente	1.100 »	875 »
Charente-Maritime	1.100 »	875 »
Cher	1.150 »	950 »
Corrèze	1.050 »	875 »
Corse	1.050 »	875 »
Côte-d'Or	1.150 »	950 »
Côtes-du-Nord	1.100 »	875 »
Creuse	1.050 »	875 »
Doubs	1.200 »	950 »
Drôme	1.150 »	950 »
Eure	1.150 »	950 »
Eure-et-Loir	1.150 »	1.000 »
Finistère	1.100 »	875 »
Gard	1.100 »	950 »
Haute-Garonne :		
Toulouse	1.225 »	
Reste du département	1.150 »	900 »
Gers	1.050 »	900 »
Gironde :		
Bordeaux	1.275 »	
Reste du département	1.200 »	950 »
Hérault	1.100 »	950 »
Ille-et-Vilaine	1.100 »	875 »
Indre	1.100 »	950 »
Indre-et-Loire	1.150 »	950 »

	Salaires urbains francs	Salaires ruraux francs
Isère	1.250 »	950 »
Isère	1.250 »	950 »
Jura	1.150 »	950 »
Landes	1.100 »	900 »
Loir-et-Cher	1.150 »	950 »
Loire	1.250 »	1.000 »
Loire (Haute-)	1.050 »	900 »
Loire-Inférieure :		
Nantes	1.250 »	
Reste du département	1.200 »	950 »
Loiret	1.150 »	1.000 »
Lot	1.050 »	875 »
Lot-et-Garonne	1.050 »	875 »
Lozère	1.050 »	875 »
Maine-et-Loire	1.150 »	950 »
Manche	1.100 »	900 »
Marne	1.200 »	950 »
Marne (Haute-)	1.150 »	900 »
Mayenne	1.050 »	900 »
Meurthe-et-Moselle	1.300 »	1.000 »
Meuse	1.150 »	950 »
Morbihan	1.100 »	875 »
Nièvre	1.150 »	950 »
Nord :		
Lille, Roubaix, Tourcoing	1.375 »	
Reste du département	1.300 »	1.050 »
Oise	1.300 »	1.050 »
Oise	1.200 »	1.050 »
Orne	1.050 »	900 »
Pas-de-Calais	1.300 »	900 »
Puy-de-Dôme	1.150 »	900 »

DÉPARTEMENTS	SALAIRES urbains francs	SALAIRES ruraux francs
Pyrénées (Basses-)	1.100 »	900 »
Pyrénées (Hautes-)	1.050 »	875 »
Pyrénées-Orientales	1.100 »	900 »
Rhône :		
Lyon	1.325 »	
Reste du département	1.250 »	1.000 »
Saône (Haute-)	1.150 »	950 »
Saône-et-Loire	1.150 »	950 »
Sarthe	1.150 »	900 »
Savoie	1.150 »	950 »
Savoie (Haute-)	1.150 »	950 »
Seine	1.700 »	
Seine-et-Marne :		
1re zone	1.450 »	
2e zone	1.200 »	1.050 »
3e zone	1.250 »	
Seine-Inférieure	1.200 »	950 »
Seine-et-Oise :		
1re zone	1.700 »	
2e zone	1.450 »	
3e zone	1.200 »	1.150 »
Sèvres (Deux-)	1.050 »	875 »
Somme	1.200 »	1.050 »
Tarn	1.100 »	875 »
Tarn-et-Garonne	1.050 »	875 »
Var	1.200 »	1.050 »
Vaucluse	1.150 »	950 »
Vendée	1.050 »	875 »
Vienne (Haute-)	1.100 »	875 »
Vienne	1.100 »	875 »
Vosges	1.150 »	950 »
Yonne	1.150 »	950 »

Assurances sociales

Loi du 6 janvier 1942 relative à l'admission au bénéfice des Assurances sociales

RAPPORT AU MARÉCHAL DE FRANCE, CHEF DE L'ÉTAT FRANÇAIS

Vichy, le 4 janvier 1942,

Monsieur le Maréchal,

La législation sur les Assurances sociales n'admet à son bénéfice que les travailleurs dont la rémunération ne dépasse pas 30.000 francs.

Lorsque les salaires dépendent du nombre d'heures de journées ou de la quantité de travail fourni, cette limitation rend souvent difficiles et contestables les modalités d'assujettissement des intéressés au régime des Assurances sociales.

Il n'est pas possible, en effet, de déterminer par avance les émoluments de toute l'année en cours, et ceux de l'année écoulée, pris comme référence, peuvent, surtout dans les circonstances actuelles, différer largement du salaire effectif de base.

Pour éviter cet inconvénient et pour faciliter tant aux employeurs qu'aux employés les formalités d'immatriculation aux Assurances sociales, il suffit de supprimer toute limite de rémunération lorsque celle-ci dépend d'éléments incertains. Une telle disposition vise la catégorie des ouvriers.

D'autre part, en ce qui concerne les travailleurs payés au mois, à la quinzaine fixe, à l'aide de commssions ou suivant un chiffre d'affaires, le plafond actuel de 30.000 francs se révèle insuffisant. Il a paru devoir être porté à 42.000 francs.

Par suite de la tendance à la hausse des salaires et pour tenir compte de la substitution du système de la répartition au système de la capitalisation des

Assurances sociales réalisée par la loi du 14 mars 1941, il convient qu'une nouvelle couche de salariés, pour lesquels l'incidence des risques sociaux se trouve accrue, soit placée sous le régime général de la prévoyance obligatoire.

Tel est l'objet du présent texte que j'ai l'honneur de soumettre à votre haute approbation.

Veuillez agréer, Monsieur le Maréchal, l'hommage de mon respectueux dévouement.

Le secrétaire d'Etat au Travail,
René BELIN.

Art. 1er. — L'article 1er (§ 2, premier alinéa) du décret-loi du 28 octobre 1935 relatif aux Assurances sociales, modifié par le décret-loi du 14 juin 1938, est modifié comme suit :

« Sont affiliées obligatoirement aux Assurances sociales, même si elles sont âgées de soixante ans ou plus, ou si leur retraite de vieillesse est liquidée ou en instance de liquidation, toutes les personnes de nationalité française de l'un ou l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs, et quelle que soit la forme ou la nature du contrat qui les lie :

« 1° Lorsque leur rémunération ou gain annuel, non compris les allocations familiales ou de salaire unique, ne dépasse pas 42.000 francs sur la base de la durée légale du travail, estimée à 2.000 heures par an, si elles sont payées au mois, à la quinzaine fixe, à l'aide de commissions ou suivant le chiffre d'affaires ;

« 2° Quel que soit le montant de la rémunération ou de leur gain, lorsqu'elles sont payées à l'heure, à la journée, à la semaine fixe, aux pièces ou à la tâche ».

Art. 2. — L'article 1er (§ 3, premier alinéa) du décret-loi du 28 octobre 1935 susvisé est modifié comme suit :

« Sont notamment compris parmi les bénéficiaires du paragraphe 2 ci-dessus, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail, et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :

« 1°...

(Le reste du paragraphe sans changement).

Art. 3. — Le présent acte abroge toutes dispositions contraires et aura effet à compter du 1er janvier 1942 et sera publié au *Journal officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

(*J. O.*, 10 janvier 1942).

Ordre des médecins

Loi du 31 *décembre* 1941 *modifiant et complétant la loi du* 7 *octobre* 1940 *instituant l'Ordre des médecins*

Art. 1er. — L'article 4 de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins est modifié comme suit

« Le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins se réunit au moins une fois par trimestre.

« Il maintient la discipline intérieure et générale de l'Ordre.

« Il assure le respect des lois et règlements qui le régissent.

« Il a la garde de son honneur, de sa morale et de sa probité.

« Il fait tous règlements d'ordre intérieur nécessaires pour atteindre ces buts.

« Il délibère sur les affaires soumises à son examen.

« Il est l'interprète des médecins auprès des Pouvoirs publics.

« Le règlement intérieur du Conseil supérieur, et notamment, les dispositions relatives à la procédure d'examen des recours introduits auprès du Conseil seront fixés par un règlement d'administration publique.

« Le statut de la profession médicale sera fixé par décret rendu en Conseil d'Etat, sur proposition du Conseil supérieur de l'Ordre. Il prendra le nom de « Code de déontologie ».

Art. 2. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 12 *bis*, ainsi conçu :

« Les médecins régulièrement inscrits au tableau d'un Ordre départemental sont déliés du secret professionnel institué par l'article 378 du Code pénal, vis-à-vis du Conseil supérieur et des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, pour toutes déclarations ou dépositions effectuées devant ces organismes ; ils n'encourent de ce fait aucune des peines prévues audit article du Code ».

Art. 3. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 12 *ter*, ainsi conçu :

« Les membres des Conseils de l'Ordre, ainsi que toutes personnes au service de ces organismes, sont tenus, pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur mandat ou de l'exécution de leur service, au secret institué par l'article 378 du Code pénal.

« Seront punies des peines prévues audit article du Code toutes personnes ayant contrevenu aux dispositions du paragraphe précédent ».

Art. 4. — Il est ajouté à la loi du 7 octobre 1940 un article 16 *bis*, ainsi conçu :

« Le règlement intérieur des Conseils départementaux, et notamment les dispositions relatives à l'inscription au tableau et à la procédure disciplinaire, sera fixé par un règlement d'administration publique rendu après avis du Conseil supérieur de l'Ordre ».

(*J. O.*, 9 janvier 1941).

Propharmaciens

Décision G. 37, du 6 janvier 1942, du répartiteur chef de la section textile

(Réglementation des cotons hydrophiles et cardés)

Art. 1er. — Les entreprises se livrant à la fabrication ou au négoce des cotons hydrophiles et cotons cardés à usage médical, et des cotons hydrophiles à usage industriel (filtration) limiteront leur fabrication et leurs ventes aux qualités types dont les caractéristiques sont données ci-dessous :

I. — Cotons hydrophiles et cotons cardés à usage médical

a) Coton hydrophile chirurgical (type Codex) : 100 p. 100 de coton brut (coton neuf) ;

s) Coton hydrophile supérieur et coton cardé : 60 p. 100 de coton brut (coton neuf), 40 p. 100 de déchets ou effilochés.

. . . .

Limitation d'emploi

Art. 2. — Les cotons hydrophiles et cardés énumérés à l'article 1er ne pourront être utilisés que dans les cas suivants :

a) Usages médicaux :

Pour les pansements chirurgicaux et médicaux ;
Pour la fabrication des cotons médicamenteux ;

. . . .

Art. 3. — Les utilisateurs sont classés dans les catégories suivantes :

A. — Administration et services publics.

B. — Etablissements de soins, hôpitaux, cliniques, maisons de santé, médecins, vétérinaires, sages-femmes, dentistes.

C. — Pharmaciens et propharmaciens.

D. — Filtrations industrielle et alimentaire.

Limitation de ventes

....

b) Vente au public ; le coton hydrophile et cardé à usage médical et pharmaceutique ne pourra être vendu au détail que par les pharmaciens et propharmaciens.

Les besoins supérieurs à 50 grammes ne pourront être satisfaits que sur présentation d'une ordonnance médicale.

Art. 3. — Les organismes suivants sont habilit s à délivrer des titres d'attribution de matières aux entreprises des catégories ci-dessous A, B, C, D et à en déterminer les modalités :

Catégories A, B, C : comité d'organisation de l'industrie et du commerce des produits pharmaceutiques.

....

Sanctions

Art. 7. — Toute infraction aux prescriptions ci-dessus exposera son auteur aux sanctions prévues par les lois des 10 septembre 1940, 9 mars 1941 et 18 juillet 1941.

Mise en vigueur

Art. 8. — La présente décision entrera en vigueur le jour de son insertion au *Journal officiel*.

J. O. 10 janvier 1942.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

UNE MODIFICATION DANS LA DOCTRINE DU CONSEIL SUPÉRIEUR ? — L'INSTITUT NATIONAL D'ACTION SANITAIRE REMIS DANS LE DROIT CHEMIN. — ORDRE OU CORPORATION ? — INTERNES ET ALLOCATIONS FAMILIALES. — L'EXTENSION DES ASSURANCES SOCIALES. — LICENCE DE REMPLACEMENTS.

Le renouvellement des membres du Conseil upérieur a amené, nous l'avons dit, le départ de son vice-président, dont l' « Essai sur la profession médicale » nous exposait la doctrine. Nous la rappellerons rapidement : « tout en gardant son caractère personnel, la médecine doit être organisée. Cette organisation sera faite par l'Ordre, expression de la, Corporation. Son rôle le plus important en cette matière, serait de *relever la moralité professionnelle* ». C'est à cette conception que nous devons comme principal travail de l'Ordre, l'élaboration d'un Code de déontologie.

L'un des nouveaux venus, le Docteur A. VINCENT, dans son ouvrage « Vers une médecine humaine » nous a déjà fait connaître, lui aussi, fort heureusement sa doctrine en la matière. Cette doctrine nous propose un plan de service sanitaire organisé, ayant pour fin *la lutte pour*

la santé. Au travail isolé et individualiste d'autrefois, serait substitué « *le travail en équipes* ». C'est à la collectivité qu'incomberait la mission d'assurer la santé de chaque homme, et de rémunérer le Corps médical. La formation des médecins serait orientée dans le sens de la médecine organisée et imprégnée de la notion de « *service social* ».

A la période moralisatrice va donc peut-être succéder la période d'organisation. Souhaitons seulement que cette doctrine essentiellement communautaire fasse également leur juste part aux « libertés requises pour la médecine humaine ».

***

Nous disions récemment que la loi du 18 novembre 1941 créant l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales nous inquiétait, non point tant par son texte que par l'esprit de son rapport préliminaire, lequel ne reflétait que la doctrine du travail et paraissait ignorer l'existence d'un secrétariat à la Santé.

Nous sommes heureux de trouver au *Journal Officiel* du 15 janvier un rectificatif audit rapport mettant nettement les choses au point.

Il y est rappelé en effet que le *domaine sanitaire est celui du secrétariat à la Santé, responsable du plan d'équipement du pays en matière de cure et de prévention*, et que l'on ne saurait se passer de son *concours technique*. Bien plus, le texte légal confie dorévavant, purement et simplement, au secrétaire d'État à la Famille et à la Santé, la *nomination du directeur général de l'Institut* (primitivement proposé par un Conseil d'administration qui n'était qu'une simple émanation des Unions de Caisses).

Ainsi se trouvera respectée l'unité du plan sanitaire que l'on avait pu croire un moment menacée.

***

La loi du 31 décembre sur l'Ordre des médecins nous ramène au problème déjà maintes fois posé de la *dualité Ordre-Syndicats ou Ordre-Corporation* que beaucoup de bons esprits estiment nécessaire.

L'Ordre tourne de plus en plus au simple organe juridictionnel. La loi du 31 décembre lui retire en effet l'essentiel de ses attributions législatives. Les règlements intérieurs (Code de procédure) mais surtout la déontologie (véritable Code professionnel) seront désormais fixés par décret rendu en Conseil d'Etat. C'est aux juristes que revient le soin de fixer le « statut » administratif de la profession. Rappelons en passant que c'est là le critère juridique du fonctionnaire. Ce que les médecins gagnent sur le plan de la permanence, de la technicité de la règle, ils le perdent incontestablement sur le plan corporatif.

Donc, le Conseil d'Etat dira ce qui est conforme à l'intérêt public, les Conseils de l'Ordre feront respecter cette règle dans les cas particuliers qui leur seront soumis. *Mais qui élaborera la règle propre à assurer la défense des intérêts de la profession* ? Dans un domaine connexe, la pharmacie, nous trouvons en bon voisinage Conseils professionnels et Comité d'organisation. On a voulu dans la médecine créer à force l'unité de règle et d'intérêt. Cette unité factice

masque en réalité de graves contradictions internes. La loi du 31 décembre sera un bien si l'Ordre en se rétractant fait place pour ce qui manque à la médecine : un Comité d'organisation, ou mieux encore, une Corporation.

***

Alors que nous sommes du côté médical en plein interrègne, que l'Ordre mue, tant dans ses conseillers que dans sa doctrine et sa constitution, les Assurances sociales croissent en force et peut-être en sagesse.

Une loi du 6 janvier, nous l'avons déjà signalé, étend considérablement leur domaine en englobant tous les travailleurs dont le salaire ne dépasse pas 42.000 francs, et sans limitation tous ceux qui sont payés au temps ou à la tâche. Etant donné le blocage général des salaires, cette élévation du plafond aspire vers les Assurances sociales un grand nombre de couches sociales nouvelles et notamment une importante partie des cadres de maîtrise. L'assurance-maladie est à l'ordre du jour.

Plus récemment encore, le législateur a défini, beaucoup plus libéralement qu'auparavant (et il y a lieu de l'en féliciter) les conditions dans lesquelles s'ouvrira désormais (c'est-à-dire à compter du 1er janvier) le droit aux prestations. Plus de calculs fastidieux et complexes sur la durée de versement ou le chiffre des cotisations : il suffira que l'assuré justifie avoir occupé, durant les trois mois précédant la maladie, un emploi salarié ou assimilé, ou avoir été inscrit à un Office de placement.

Nous publions par ailleurs l'importance circulaire de fin d'année de l'Union des Caisses de la région parisienne (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Eure-et-Loir, Oise). Le tarif de responsabilité coïncidera donc dorénavant avec le tarif corporatif minimum, et non l'inverse, comme il se doit. Saluons comme il convient cet important effort.

D'autre part, une loi récente, dont la grande presse s'est déjà faite l'écho, est venue assurer aux *familles des prisonniers de guerre* le remboursement intégral de leurs frais médicaux. D'un côté, en effet, les Caisses doivent renoncer dans ce cas au ticket modérateur. De l'autre, le Corps médical doit limiter ses honoraires au tarif de responsabilité.

Si l'initiative de l'Union des Caisses de la région parisienne se généralise comme on doit l'espérer, ce tarif coïnciderait avec le tarif corporatif minimum. Personne ne contestera dans une telle hypothèse, le bien-fondé d'une limitation qui moralement s'imposait d'elle-même.

Circonscrire ainsi la suppression de l'entente directe à un cas où elle se légitime grandement, est une mesure de sagesse aussi opportune que le relèvement immédiat et inconditionné des tarifs. Ceci étant, le Conseil supérieur eut raison, si l'on en croit les bruits, de faire taire les impatiences dans les autres régions où le problème se pose encore.

***

Le Conseil supérieur avait au cours de sa dixième cession, établi une licence de remplacement au profit des étudiants réunissant les conditions légales.

Le remplaçant muni de ce titre, délivré par le Conseil départemental du siège de la Faculté, n'avait qu'à le faire viser par le secrétariat du Conseil de l'Ordre du département, au tableau duquel le médecin remplacé était inscrit.

Et que devenaient les dispositions de l'article 3 de la loi du 26 mai 1941, modifiant celle des 30 novembre 1892 et 26 juillet 1935, sur l'exercice de la médecine, qui imposait à l'étudiant remplaçant, d'obtenir au préalable l'autorisation préfectorale ?

C'est ce que le secrétariat d'Etat à la Santé publique vient de rappeler au Conseil supérieur, en lui demandant de modifier ainsi qu'il suit, le texte de la licence :

« Est autorisé, en ce qui concerne l'Ordre des médecins à effectuer des remplacements, conformément aux dispositions de l'art. 6 de la loi du 30 novembre 1812 modifiée par la loi du 26 mai 1941, il devra préalablement à tout acte médical, solliciter l'autorisation du Préfet du département ».

***

Aux termes d'une circulaire du 7 novembre 1941, le secrétariat d'Etat à la Santé publique a précisé au préfet, que les internes en médecine, généralement nourris à l'hôpital et percevant en outre diverses indemnités, doivent être considérés, après accord sur ce point avec le Ministère du Travail, comme des travailleurs salariés des établissements publics, et à ce titre, ont droit au bénéfice du code de la famille, et notamment aux allocations familiales.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5.943. — Encore la minoration de 50 % de l'article 10

Je me permets de vous demander un renseignement au suj t d'une réduction qui m'a été faite sur une note d'accidents du travail, par application de l'art. 10 dont on ne m'avait jamais parlé jusqu'ici.

Est-elle régulière et l'injection de sérum doit-elle être considérée comme une intervention chirurgicale ?

Dr G.

Réponse

L'art. 10, alinéa 2 dit : « En cas d'interventions chirurgicales comportant plusieurs opérations concomitantes, effectuées dans la même séance, l'opération la plus importante est seule comptée au tarif plein ; les autres sont comptées au demi tarif ». Or, une « injection de sérum » est une affaire de « petite chirurgie » ressortissant au titre II, et non au titre III (chirurgie générale). Or, l'art. 10 parle expressément ainsi que je l'ai souligné ci-dessus de : « interventions chirurgicales » et de « opérations », ce qui est une toute autre histoire. Dans ces conditions, je ne pense pas que cette minoration de 50 % puisse s'appliquer, comme en l'espèce, à une simple injection de sérum.

Dr F. DECOURT.

QUESTIONS DIVERSES

4849. — Limites d'âge des médecins des établissements pénitentiaires

Des décrets récents fixent à 65 ans la limite d'âge des médecins des maisons d'arrêt, prisons, dispensaires d'hygiène sociale (tuberculeux, vénériens).

Le cas m'intéresse, car j'ai 68 ans et j'occupe les postes dont il s'agit :

I. — *De quel droit* ?

Au moment de mes nominations, il n'était pas question de limite d'âge. J'ai été nommé sans limite d'âge.

II. *Quel est le motif* ?

a) La *fatigue* du médecin, son *incapacité* physique

La plupart des médecins sont encore capables physiquement et intellectuellement de remplir des postes à 65 ans ;

b) Pour *donner des postes aux jeunes médecins.* Les jeunes, même s'ils n'ont pas de charges, ont besoin de vivre ; j'en conviens. Mais les vieux ont besoin de vivre également et très souvent les vieux ont encore des charges très lourdes. En tout cas, de mon temps et jusqu'à présent les jeunes attendaient la disparition naturelle des vieux pour faire leur place.

c) Les *précédents des fonctionnaires.*

Rien de comparable.

Les fonctionnaires sont avertis au début de leur carrière, ils connaissent à l'avance l'âge de leur retraite. Ils touchent une retraite dont le montant est connu et prélevé sur le traitement annuel.

Le médecin des services publics (prison, dispensaires...) sera mis brusquement dans l'obligation de cesser ses fonctions et par suite ne touchera plus les indemnités correspondantes.

Quant à la retraite, elle n'existe pas. Il serait d'ailleurs impossible de faire des retenues sur les traitemnets dérisoires payés aux médecins des services publics.

Au point de vue général professionnel, j'estime que les médecins atteints par ces décrets subissent un réel préjudice non motivé et injuste, sans compensation, car on étudie la question de la retraite, mais le montant de cette retraite n'est actuellement ni établi, ni assuré.

Quant à moi, je ne savais pas la raison d'être de ces décrets et, pour ma part, je proteste.

Que puis-je faire de plus ? Je vous le demande.

Dr M.

Réponse

Un décret du 1er septembre 1941 fixe à 65 ans la limite d'âge pour les médecins chargés d'assurer le service médical dans les établissements pénitentiaires, mais cette règle peut souffrir des exceptions.

En effet, le décret ajoute que toutefois, lorsque l'intérêt du service l'exige, des dérogations individuelles peuvent être prononcées par arrêté du Ministre secrétaire d'Etat à la Justice, sur la proposition motivée du Directeur de l'Etablissement ou de la circonscription pénitentiaire, et après avis du Préfet du département.

C'est donc le directeur de l'établissement auquel vous êtes attaché qu'il faut faire agir, si vous voulez être maintenu en service bien que vous ayez dépassé la limite d'âge normale.

Soixante-quatrième année — N° 5 — 1er Février 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants............ 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 6 *francs la ligne de* 45 *lettres ou signes* (3 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

Nº 35. — Infirmière 25 ans, diplômée croix-rouge, ayant déjà servi colonies cherche emploi, de préférence pour colonies, Paris ou province. Ecrire Bordier à Noizay (Indre-et-Loire).

Nº 36. — Jeune étudiante, fille de docteur, cherche au quartier latin ou à proximité chambre de prix moyen, chauffée si possible. Ecrire Mme Boulanger, 37, rue de Bellefond, Paris-IXe.

Nº 37. — Le Docteur Julien, 3, place du Panthéon, Paris, désire entrer en relations avec les médecins présents au 55e R. I. A. Sect. postal 12.693 en juin 1940, en vue de constituer un dossier de libération d'un infirmier actuellement en captivité.

Nº 38. — On demande médecin déjà inscrit à un Conseil de l'Ordre pouvant faire remplacement poste rural, zone non occupée. M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 39. — Médecin anc. ext. hôp. de Paris, cherche remplacement en vue succession possible, région indifférente. M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Aº 39. — A vendre appareil ondes courtes Universonde (Chenaille et Raulot-Lapointe) très bon état (Ondes courtes, diathermie, électro-coagulation), Dr J. Roux, 9, rue Laroche à Albi (Tarn).

Nº 41. — Médecin cherche place d'assistant ou d'aide. Condit. modérées. Ecrire M. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste Clément à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 42. — Visiteur médical depuis 15 ans, fils de médecin désire s'adjoindre laboratoire pour prospection produits, régions Ille-de-France, Champagne. Dr Bayard, 87, boulevard de Courcelles, Paris-VIIIe.

Cabinet BREITEL et GORET

1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Quartier gare de Lyon. Import. client avec fixes transmis. Appart. 5 p. Prix : 80.000.

Berry. — A céd. d'urgence très grosse client. chef-lieu canton. Prix : 70.000.

Paris. — Bonne client. de quart. petit loyer profes. A céder avec matériel.

Grande ville de l'Ouest. Import. client. méd. gén. gynéc. surtout consult. Grand appart. Prix 100.000 avec appareils.

Normandie. — A céd. 20.000, ancien cab., yeux, grande maison.

Renseignements

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Hygiène et clinique de la première enfance* (Hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot). Professeur : M. J. Cathala. — Organisation de l'enseignement : Tous les jours, à 9 h. 15. Conférences pratiques d'hygiène, de diététique et de séméiologie par les assistants et les chefs de clinique. — A 9 h. 45, présentation de malades dans les salles. — Le mardi à 9 h. 15, leçon clinique, Prof. J. Cathala. — Le vendredi, à 9 h. 15, leçon clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie, Professeur Sorrel.

— *Cours de pharmacologie.* — M. le Professeur René Hazard fait son cours les mardis, jeudis, samedis, à 16 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, jusqu'en avril 1942.

Programme du cours : Médicaments opothérapiques. Médicaments cardio-vasculaires (tonicardiaques, vasoconstricteurs, vasodilatateurs). Diurétiques. Médicaments aliments. Vitamines. Anthelminthiques. Antiseptiques. Antisyphilitiques.

— *Clinique des maladies mentales et de l'encéphale.* — Programme des leçons cliniques du Professeur Laignel-Lavastine, le dimanche à 10 heures, à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, pavillon Benjamin Ball :

Dimanche 1er février : Analyse des délires schizophréniques. — Dimanche 8 février : Analyse des délires schizophréniques (*fin*). — Dimanche 15

février : L'hébéphrénie. — Dimanche 22 février : Psychasthénie et schizophrénie. — Dimanche 1er mars : Psychasthénie et schizophrénie (*fin*). — Dimanche 8 mars : Schizophrénie et paraphrénie. — Dimanche 15 mars : Pronostic et traitement des démences juvéniles. — Dimanche 22 mars : Pronostic et traitement des démences juvéniles (*fin*).

— Programme des conférences hebdomadaires sur les problèmes psychiatriques, le dimanche à 11 heures, à la clinique Sainte-Anne, pavillon Benjamin Ball ;

Dimanche 1er février, M. HEUYER : L'automatisme mental. — Dimanche 8 février, M. GUIRAUD : Psychoses fébriles. — Dimanche 15 février, M. BROUSSEAU : Les revendicateurs. — Dimanche 22 février, M. CENAC : Les attitudes délirantes résiduelles. — Dimanche 1er mars, M. BESSIERES : Constitutions psychopathiques. — Dimanche 8 mars, M. DUBLINEAU : L'allergie en psychiatrie. — Dimanche 15 mars, M. MONTASSUT : Dépression constitutionnelle. — Dimanche 22 mars, M. PARCHEMINEY : Le concept d'angoisse.

— *Professeurs honoraires.* — Le titre de professeur honoraire a été conféré à MM. les Professeurs BALTHAZARD, NOBÉCOURT et MULON, anciens professeurs, et à M. HEITZ-BOYER, ancien agrégé.

Le titre de doyen honoraire a été conféré à M. TIFFENEAU, ancien doyen.

— *Mutation.* — M. PASTEUR-VALLERY-RADOT, professeur de pathologie médicale, est transféré, à compter du 1er janvier 1942, dans la chaire de clinique médicale de la Pitié (hôpital Cochin).

— **Faculté de médecine de Montpellier.** — M. le Professeur GIRAUD est nommé pour une période de trois ans doyen de la Faculté de médecine de Montpellier. Le titre de doyen honoraire a été conféré à M. le Professeur EUZIÈRE.

— **Ecole de médecine d'Amiens.** — Par arrêté du ministre secrétaire d'Etat de l'Instruction publique M. le Docteur HAUTEFEUILLE, professeur de pathologie interne, est chargé pour l'année 1941-1942 du service de la chaire de clinique médicale ; M. le Docteur GIRAUD, professeur suppléant, est chargé pour l'année 1941-1942 du service de la chaire de pathologie interne.

— **Hôpitaux de Paris.** MUTATIONS DANS LES SERVICES. — *Ophtalmologistes.* — 1° A l'hôpital Saint-Louis (remplacement de M. le Docteur Coutela, atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Pafonry, titularisé ;

2° A l'hôpital Saint-Antoine (en remplacement de M. le Docteur Lagrange, décédé), M. le Docteur Favory, titularisé.

Consultations d'ophtalmologie. — Hôpital Cochin : M. Renard. — Hôpital Trousseau : M. Dollfus. — Hospice de Bicêtre : M. Hudelo. — Ménages, Hérold, R. Poincaré, à Garches : M. Voisin. — Hôpital Ambroise-Paré : M. Desvignes, admissible désigné pour remplacer temporairement M. Veil.

Stomatologistes. — 1° : *a*) A l'hospice de la Salpêtrière (remplacement de M. le Docteur L'Hirondel atteint par la limite d'âge), M. le Docteur Lacaisse, de l'hospice de Bicêtre ; *b*) à l'hospice de Bicêtre

(remplacement de M. le Docteur Lacaisse), M. le Docteur Houzeau, de l'hôpital Boucicaut ; *c*) à l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. le Docteur Houzeau), Mme le Docteur Papillon-Leage, de l'hôpital Hérold ; *d*) à l'hôpital Hérold (remplacement de Mme le Docteur Papillon-Leage), M. le Docteur Omnes, titularisé.

2° *a*) A l'hôpital Trousseau (remplacement de M. le Docteur Lemerle, en disponibilité pour raison de santé), M. le Docteur Lebourg, de l'hôpital Vaugirard ; *b*) à l'hôpital Vaugirard (remplacement de M. le Docteur Lebourg), M. le Docteur Henault, de l'hospice de Brévannes ; *c*) à l'hospice de Brévannes (remplacement de M. le Docteur Henault), M. le Docteur Marie, titularisé.

Organisation des consultations de stomatologie à compter du 1er janvier 1942. — Consultations quotidiennes : chefs, adjoints et assistants. — Cochin : M. Lattes ; M. Vrasse ; M. Mesnard. — Enfants-Assistés : M. Dechaume ; M. Cauhèpe ; M. Mercat. — Hôtel-Dieu : M. Raison ; M. Friez ; M. Geré. — Necker : M. Cornouec ; M. Lepoivre, f. f. ; M. Valtat ; Laënnec (provisoirement) : M. Darcissac ; M. Maleplate, f. f. ; M. Fromaigeat. — Saint-Antoine : M. Thibault ; M. Hennion, f. f. ; M. Fieux. — Saint-Louis : M. Richard ; M. Cernea ; Mme Cernea. — Tenon : M. Lacronique ; Mme Chaput ; M. Malingre. — Trousseau : M. Lebourg ; M. Gencel, f. f.

Consultations hebdomadaires ou bi et tri hebdomadaires. — Bicêtre : M. Houzeau. — Bichat : M. Fleury. — Boucicaut : Mme Papillon-Léage. — Bretonneau : M. Izard. — Brévannes : M. Marie ; Mlle Fruton. — Broussais : M. Croquefer. — Hérold : M. Omnes. — Vaugirard : M. Henault. — Garches une fois par semaine : Mme Chaput. — Ambroise-Paré : M. Henault. — Forges-les-Bains : Mme Papillon-Léage.

Centre de prothèse. — Salpêtrière : M. Lacaisse M. Bornet, f. f. ; M. Chuffart.

— **Préfecture d'Eure-et-Loir.** *Concours pour l'emploi de médecin spécialisé des dispensaires de l'Office départemental d'hygiène sociale.* — Un concours sur titres est ouvert pour un emploi de médecin spécialisé des dispensaires de l'Office départemental d'hygiène sociale.

Peuvent seuls prendre part à ce concours les Français du sexe masculin jouissant de leurs droits, et possédant la qualité de Français à titre originaire comme étant nés de père français.

Le traitement total annuel varie de 40.000 à 55.000 francs, en trois échelons de 5.000 francs chacun, à trois années d'intervalle.

A ce traitement, il y a lieu d'ajouter les indemnités et allocations allouées aux fonctionnaires départementaux.

Les demandes d'inscription seront reçues à la Préfecture (Inspection de la santé, 6, rue de Beauvais, à Chartres) jusqu'au 10 mars 1942, accompagnées d'une enveloppe timbrée à 1 fr. 50 portant l'adresse du candidat.

Les différentes pièces à produire pour la constitution du dossier devront parvenir au plus tard le 10 mars 1942.

— **Ville de Troyes.** *Inspection médicale des écoles.* — L'Administration municipale de la ville de Troyes

recherche la collaboration de deux médecins qui seront chargés de l'Inspection médicale des écoles, sans possibilité de pratique de clientèle privée. Les traitements sont fixés à 45.000 francs au début, pour atteindre 60.000 francs après douze ans de services. A ces chiffres s'ajoutent les indemnités diverses (cherté de vie, résidence, allocations familiales) allouées au personnel municipal. Pour toutes précisions complémentaires, s'adresser à M. le maire de Troyes.

— **« Médecine et Famille ».** *Service religieux pour la Famille médicale et pour ses morts, spécialement les morts de la guerre.* — Tous les médecins, leurs familles (en particulier leurs enfants), sont cordialement invités aux cérémonies religieuses suivantes pour les Familles médicales et en souvenir de leurs morts, spécialement les morts de la guerre.

Dimanche 8 février, 9 heures, en l'Eglise Saint-Germain-des-Prés (métro Saint-Germain-des-Prés), allocution par le R. P. Dassonville.

Dimanche 22 février, 10 h. 30, Temple de la Rédemption, 18, rue Chauchat (métro : Le Peletier ou Richelieu-Drouot). Allocution par le Pasteur Ramel, docteur en médecine.

Pour rendre, à l'occasion de ces cérémonies, un hommage particulier à chaque mort pour la France appartenant à une famille médicale, « Médecine et Famille » saura gré aux familles qui lui feront connaître les noms de leurs morts.

Rappelons que le siège de « Médecine et Famille » est 84, rue de Lille, Paris (VIIe).

(Communiqué)

— **Médailles de la Famille Française.** — Les femmes de médecins qui ont obtenu, depuis 1939, la médaille de la Famille française, sont instamment priées de bien vouloir donner leur nom à l'Association « Médecine et Famille », 84, rue de Lille, Paris (VIIe), avant le 15 février. L'Association éditera incessamment un bulletin spécial à la gloire de la Famille médicale *(Communiqué)*.

— **Naissances.** — Jean-Paul et Alain Benoist ont la joie de faire part de la naissance de leur petite sœur *Marie-Claude*.

Luzy (Nièvre), le 17 décembre 1941.

De la part du Docteur et Madame Benoist.

— Le Docteur et Madame Pierre Léger sont heureux de faire part de la naissance de leur fils *Dominique*.

Neuilly-sur-Seine, 11 janvier 1942.

— M. Georges Marinier, directeur des Laboratoires Marinier, nous fait part de la naissance de sa troisième fille, *Françoise-Jéromine*. Le 15 janvier 1942.

Toutes nos félicitations.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage de M. Bernard Abel, docteur en droit, fils du Doceur E. Abel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, médecin des hôpitaux, avec Mademoiselle Marie-Antoinette Leclerc-Montmoyen, fille du Docteur Frédéric Leclerc-Montmoyen, de Paris.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité en l'Eglise du Moustier, à Felletin (Creuse) le 25 novembre 1941.

IN MEMORIAM

La Société des Chirurgiens de Paris entend, parmi d'autres éloges, celui de DARTIGUES

Le vendredi 16 janvier, la Société des Chirurgiens de Paris avait invité ses membres et leurs amis à venir écouter l'éloge de trois de leurs collègues : Henri BLANC, Louis DARTIGUES, HAUTEFORT. Magnifique ensemble dont trois orateurs ont dit qu'ils étaient l'honneur de la Société à laquelle ils ont appartenu : ces orateurs ont célébré à l'envi en présence d'une assemblée d'élite, la valeur professionnelle, les qualités d'âme, de cœur et d'esprit, de ces trois chirurgiens de haute lignée ; tous trois spiritualistes ; deux d'entre eux, chrétiens fervents, comme il l'a été souligné, mettant en harmonie leur vie et leur foi ; le troisième, croyant en la bonté et la pratiquant.

Sous la présidence de M. le Docteur Dufourmentel, se sont déroulés les rites en usage en pareilles circonstances : Lavenant pour Henri Blanc ; Planson pour Hautefort ; Peugniez pour Dartigues : chacun avec son tempérament, avec sa personnalité ont marqué la personnalité, le tempérament de celui dont le souvenir était ainsi évoqué.

Représentant l'UMFIA, dont Dartigues fut le président-fondateur, assistaient à cette réunion, MM. Bandelac de Pariente, président ; Rivière, vice-président d'honneur ; Moliméry et Chauvois, secrétaires généraux de l'UMFIA ; M. Magre (André), conseiller d'Etat honoraire, président d'honneur de l'Association toulousaine de Paris.

M. le Docteur Noir, vice-président, retenu au *Concours médical*, dont il est directeur ; M. H. Dalby, président des Amis de l'UMFIA, administrateur du *Monde médical*, s'étaient excusés.

Le Professeur Peugniez, ancien directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, (ce Maître, longtemps occupa la chaire de clinique chirurgicale de cette belle école) campe — en sculpteur — la belle figure de Dartigues, fondateur, avec Bandelac de Pariente et Gaulheur L'Hardy, de l'Union médicale latine, orateur prestigieux et puissant, au verbe si personnel, si indépendant qu'il serait ridicule de chercher à l'imiter ; Dartigues soulevait une tempête d'applaudissements enthousiastes quand un néologisme, forgé sur l'heure, créait une image inattendue des quatre cents convives « des réunions inoubliables du printemps et de l'automne des Salons du Palais d'Orsay ».

Là, entourant chaque fois plus de trente plénipotentiaires, les plus hautes personnalités du Corps médical français et étranger se faisaient un honneur d'affirmer la portée philosophique de cette Union médicale latine — qui, malgré certaines défections, marque sa puissance.

Le Professeur Peugniez fut très chaleureusement applaudi.

Félicitons le bureau et en particulier le Docteur Dufourmentel, président et le Docteur Luquet, secrétaire général de la Société des Chirurgiens de Paris, d'avoir organisé une réunion d'une aussi haute portée morale.

Dr Raymond MOLINÉRY,
Secrétaire général de l'UMFIA,
ou Union médicale latine.

Mutualité Familiale du Corps Médical Français

Réunion du Conseil d'Administration du 16 janvier 1942

Présents : MM. Noir, président ; O'Followell, Vimont et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint ; Bayard, administrateur.

La séance est ouverte à 17 heures.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 3 octobre dernier, le Conseil prononce les admissions suivantes :

MM. Basse-Parton (Charente-Inférieure), Douvion (Indre-et-Loire), Havret (Seine), Mme Havret (Seine).

Admissions provisoires

MM. Amourdedieu (Ardèche), Guilleret (Rhône), Foubert (Eure-et-Loir), Franck (Seine), Mme Godard (Manche), MM. Jouhanneaud (Hante-Vienne), Michel (Ardèche).

M. Jean Mignon, trésorier adjoint, rend compte au Conseil des tractations qui ont abouti à l'achat pour le compte de la Société d'un immeuble situé à Paris, suivant décision antérieure du Conseil.

Le Conseil se déclare satisfait des résultats obtenus, l'achat d'un immeuble devenant de jour en jour plus difficile et plus onéreux.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 18 heures.

Le Secrétaire général :
G. Lavalée.

ORDRE DES MÉDECINS
Conseil Départemental de la Seine

Honoraires minima de pratique courante applicables aux assurés sociaux à partir du 1er novembre 1941

Tableau par prix et coefficients

Consultation : 35 francs ; visite : 40 francs ; chiffre-clé pour les actes de pratique médicale courante : 25 francs.

20 francs (C. 0,8) (1)

Injections sous-cutanées, intramusculaires et intradermiques en série ;

Petits pansements en série.

35 francs (C. 1) (1)

Consultation simple ou avec injections sous-cutanée ou intramusculaire, pointes de feu, examen au speculum ;

Massages ou actes similaires en série ;

Petit pansement ;

Vaccination anti-variolique, anti-diphtérique ou similaire par piqûre ;

Certificat de vaccination ou similaire ;

Certificat délivré à titre administratif sur papier libre ;

Lavage ou instillation de l'urèthre ou de la vessie (isolé ou en série).

Massage de la prostate ;

(1) Jusqu'au coefficient 1,6 exclus, une somme de 5 francs, s'ajoute au prix de l'acte médical, si celui-ci est effectué au domicile du malade. Ajouter alors « à domicile » sur la feuille de maladie.

Cathétérisme ou dilatation, en série, de l'urèthre chez l'homme ;
Cathétérisme de l'urèthre chez la femme ;
Injection de sérum anti-toxique préventif ;
Injection intra-veineuse, en série, autre que celle d'arséno-benzène ;
Hémothérapie auto ou hétéro (en série) ;
Incision de tourniole ou abcès similaire ;
Pansement du col utérin, en série ;
Injection d'oxygène ;
Ponction exploratrice de la plèvre ;
Suture simple par agrafes (de 1 à 3).

40 francs (C. 1,6)

Visite à domicile demandée pour être faite de 9 heures à 19 heures en semaine (2) ;
Consultation avec pose de ventouses scarifiées ; prises de sang pour Wassermann ou pour tout autre examen ;
Consultation avec injection intra-veineuse isolée, autre que celle d'arsénobenzène ;
Petit pansement avec injection de sérum antitoxique préventif (acte isolé) ;
Moyen pansement ;
Injection sous-cutanée de sérum physiologique ;
Injection intraveineuse d'arsénobenzène en série ;
Injection de sérum anti-toxique curatif ;
Suture multiple par agrafes (au-dessous de 3) ou suture simple par crins ou fils ;
Extraction facile de corps étrangers superficiels ;
Tamponnement antérieur des fosses nasales ;
Ponction d'abcès froid avec ou sans injection modificatrice ;
Ouverture d'abcès superficiel ou d'hématome ;

(2) Pour les assurés sociaux, ne pas inscrire le coefficient, mais le signe V.

Injection sclérosante de varices ou d'hémorroïdes externes ;
Lavage de l'estomac (en série).

50 francs (C. 2)

Pansement avec sutures simples (au-dessous de trois points) et injections de sérum antitoxique ;
Sutures multiples par crins ou fils ;
Grand pansement ;
Cathétérisme isolé de l'urèthre de l'homme ;
Incision de petit anthrax ;
Ouverture d'abcès amygdalien ;
Certificat sur papier timbré ;
Injection sclérosante d'hémorroïdes internes ;
Botte de Unna ;
Pose de crayons utérins ;

60 francs (C. 2,4)

Consultation avec confrère ;
Visite demandée pour être faite le dimanche, de 7 heures à 22 heures (3) ;
Pansement avec sutures multiples (à partir de 3 points) et sérum anti-toxique ;

75 francs (C. 3)

Vaste pansement ;
Injection intra-utérine ;
Saignée générale ;
Ponction d'hydrocèle ;
Ponction répétée d'ascite ;
Réduction de hernie ;
Tubage de l'estomac, isolé ;
Application de Filhos ;
Injection épidurale ;

(3) Pour les assurés sociaux, ne pas inscrire le coefficient, mais le signe V. D.

Voir la suite page XXXV-171

PROPOS DU JOUR

LES PROGRÈS THÉRAPEUTIQUES DE LA NEUROLOGIE DU SYMPATIQUE

LA REPRISE DES COURS DU PROFESSEUR LERICHE AU COLLÈGE DE FRANCE

Le Professeur LERICHE, une des rares personnalités éminentes qui maintiennent la réputation de la science médico-chirurgicale française dans le monde civilisé, a repris son cours au Collège de France, lundi 19 janvier 1942, devant un nombreux public d'étudiants, de médecins et de savants.

M. Leriche, avant d'aborder l'étude de la physiologie pathologique des artères qui fera l'objet de son cours en 1942, tient à exposer les résultats thérapeutiques qu'il a obtenus dans certaines maladies du tube digestif par la section ou l'infiltration des nerfs splanchniques. Il fait d'abord remarquer que les aliments ingérés ne cheminent pas régulièrement dans le tube digestif. Ce dernier forme un conduit, divisé en segments, séparés par des sphincters. L'étude radioscopique du cheminement dans le tube digestif, montre que le segment se remplit et se dilate tandis que son sphincter reste fermé ; au bout de quelques temps, la constriction du sphincter cesse, il s'ouvre, le segment se vide et reprend sa forme normale. Il en est ainsi pour l'œsophage dont le sphincter est le cardia ; pour l'estomac avec son sphincter, le pylore ; pour l'intestin qui présente de multiples sphincters. Or le tube digestif est sous la dépendance motrice sensitive et sécrétoire du grand sympathique dont les fibres nerveuses sont si nombreuses qu'on ne peut pas souvent les distinguer de ses fibres musculaires lisses. C'est le grand sympathique qui commande l'action des sphincters, qui ferme ou ouvre les segments du tube digestif et qui provoque des malaises et des maladies quand son innervation est déséquilibrée. Après ces constatations, M. Leriche aborde l'étude des dilatations des divers segments du tube digestif dues à la contracture de leurs sphincters, résultat du déséquilibre de l'innervation sympathique. Ces affections sont graves et rebelles et causent des troubles généraux qui retentissent sur l'organisme tout entier.

L'œsophage, dilaté du fait du spasme du cardia, est une affection relativement rare puisbue M. Leriche dans sa carrière chirurgicale n'en a observé que sept cas. Au Brésil, à l'hôpital de Saint-Paul, les médecins en ont soigné 60 cas et ont pu établir que cette maladie dépendait de la carence de la vitamine B^1, les malades en traitement se nourrissant presque exclusivement de manioc, aliment dépourvu de cette vitamine. Le Professeur Leriche par infiltration ou section de nerf splanchnique gauche a fait cesser subitement le spasme du cardia et guéri les malades.

L'examen radiographique, après l'ingestion de bouillie barytée, a permis de constater le retour de l'œsophage à son état normal. Mêmes constatations pour des dilatations de l'estomac, pour le ballonnement intestinal dans des cas graves où des chirurgiens avaient pratiqué d'urgence une laparotomie et même, dans un cas, une gastro-entérostomie. M. Leriche, chez plusieurs jeunes filles, atteintes de constipation très opiniâtre, les a guéries par l'infiltration. Même dans un cas de rétention de la bile avec distention de la vésicule biliaire, l'infiltration du nerf splanchnique droit a amené la guérison sans opération.

Le Professeur, à l'appui de ses observations, fait projeter plusieurs radiographies très démonstratives, obtenues avant et après l'infiltration ou la section du splanchnique, le segment du tube digestif étant rendu visible par l'ingestion de bouillie barytée.

Une remarque curieuse qui est à noter, c'est que l'infiltration n'agit exclusivement que sur le segment malade. Tous ces phénomènes tiennent à un déséquilibre de l'innervation du sympathique.

M. Leriche fait remarquer que l'on a négligé jusqu'à notre époque la physiologie, la pathologie et la chirurgie du système nerveux végétatif pour se borner à étudier le système nerveux de la vie de relations ; cependant le sympathique doit tenir une place importante dans nos recherches, car avant d'entrer en relations avec le monde intérieur, l'homme est tenu de vivre d'une vie végétative.

J NOIR.

◆◆

LE FLÉCHISSEMENT DE LA CONFIANCE DANS LE MÉDECIN. EXAMEN DE CONSCIENCE. POUR APPRÉCIER LA SITUATION DE NOTRE PROFESSION, IL FAUT ATTENDRE D'Y VOIR CLAIR.

Il n'est pas douteux que depuis quelques années la confiance du public en son médecin a sérieusement fléchi. Le praticien ne jouit plus de la même considération que par le passé. Il a subi lui aussi sa crise de moralité ; comme toute chose durant le régime défunt. Le mal est loin d'être général et la grande majorité du Corps médical est saine ; mais peut-être sous l'influence d'éléments étrangers, qu'on s'est efforcé récemment d'éliminer, des mœurs, jusqu'alors inconnues, se sont établies dans notre profession.

Peut-être n'est-il pas inutile de faire à ce sujet un examen de conscience ? Le mal plus exactement connu sera plus facile à combattre.

Le public accuse le médecin d'être devenu un homme d'argent et d'avoir commercialisé la médecine. A ce sujet il s'illusionne. Si quelques spécialistes et de grands consultants réalisent d'importants bénéfices, bénéfices légitimes si l'on tient compte de leur habileté et de leurs travaux, si quelques aigrefins parviennent par leur savoir-faire à éblouir leur clientèle qui du reste ne demande qu'à être trompée, les revenus professionnels de la grande majorité des médecins sont très modestes, en tenant compte de la durée des études et des frais qu'entraîne l'installation. Ce préjugé du public a une conséquence fâcheuse, c'est de persuader aux jeunes gens que l'exercice de la medecine est d'un grand rapport et de leur ménager de pénibles désillusions.

Quant à la commercialisation de la médecine, indiscutablement elle existe, mais moins étendue qu'on veut bien le dire. Nous ne parlerons pas de la dichotomie, universellement condamnée, mais peut-être pas universellement supprimée ; nous ferons allusion à des pratiques moins blâmables et que le public admet, mais dont les conséquences sont funestes à la profession.

La vente d'un cabinet médical, par exemple, fait supposer que ce cabinet est une sorte de boutique et que la clientèle est négociable comme un fond de commerce. Conséquence : le fisc aux aguets va, nous a-t-on dit, frapper des mêmes contributions le cabinet du médecin et la boutique de l'épicier.

Les médecins pour réaliser des économies sérieuses, se sont naguère lancés dans des entreprises coopératives de consommation.

Ces entreprises pouvaient être parfaitement honnêtes et leurs bénéfices légitimes ; mais quel bon argument ne fournissaient-elles pas aux mutualistes et aux industriels qui organisaient des services médicaux contre lesquels nous n'avons cessé de protester ? S'il est permis au médecin d'organiser des entreprises commerciales, il est logique de permettre aux commerçants d'organiser des instituts médicaux.

Le bruit qui a été fait autour des discussions des tarifs d'honoraires mis en regard du peu d'empressement à collaborer à l'organisation de la médecine sociale, nous a fait le plus grand tort.

Les praticiens en groupe sont unanimes à condamner les fonctions honorées par une indemnité fixe. Un poste de ce genre vient-il à devenir vacant ? les candidats en foule le sollicitent. On a vu une administration militaire mettre en adjudication les soins à donner aux ouvriers d'un arsenal. Il y eut des médecins pour soumissionner à ce honteux marché.

Le salariat, la fonctionnarisation sont sur le point de se réaliser. Les dirigeants de la Mutualité, des Assurances sociale fondent des dispensaires, des établissements de soins sous prétexte de médecine prophylactique et sociale. Ils n'ont aucune peine à recruter leur personnel médical et ne disent pas : les médecins du dispensaire mais NOS médecins, comme ils diraient NOS employés, NOS ouvriers. Nous craignons que le glas de la médecine libre ne soit près de sonner.

Nous savons que ceux qui ont assumé la lourde tâche de l'organisation médicale et sanitaire voudraient sincèrement maintenir à la médecine son caractère libéral. Cette tâche est difficile et complexe.

Le plan médical doit être intégré dans un plan général et s'harmoniser avec la constitution de l'Etat. A tous moments interviennent au cours de leurs travaux des facteurs que nous ne soupçonnons guère et qu'on ne peut pas faire connaître. Nous marchons dans la nuit, nuit opaque, et le chemin de ceux qui voudraient nous servir, est semé d'embûches.

Il convient actuellement de ne pas les gêner par des récriminations inutiles, ni des polémiques intempestives, de songer qu'ils manœuvrent de leur mieux et qu'ils ne sont pas responsables de toutes leurs décisions dont quelques-unes nous choquent. Attendons pour apprécier leurs efforts les résultats obtenus et qu'un rayon de lumière dissipe les ténèbres où ils se débattent.

J. NOIR.

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

LA LEUCEMIE AIGUE DES TOUT-PETITS

Par le Docteur R. Liège

Ancien chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Les maladies graves du sang et des organes hématopoiétiques sont assez fréquemment rencontrées dans l'enfance.

Chez le nourrisson il existe de nombreux types d'anémie et des formes particulières, telle l'anémie de Von Jacks et Luzet, qui sont propres à cette période de la vie. De temps à autre, mais plus rarement, on rencontre la leucémie aiguë, empruntant des masques divers qui peuvent en rendre le diagnostic particulièrement difficile.

Telle est l'observation suivante :

Ol... Jean, est un bel enfant de huit mois né à terme, nourri au lait condensé.

Au début d'octobre brusquement, la température monte à 39°-39°5, le bébé crie, refuse de s'alimenter.

Au cours d'un premier examen, rien dans les symptômes observés ne fait penser à la possibilité d'une maladie du sang.

La coloration des téguments et des muqueuses est normale. On ne note aucune lésion cutanée ; la rate n'est pas grosse ; il n'existe pas de ganglions. On note simplement à droite dans l'espace interscapulo-vertébral une légère zone de submatité et un souffle discret.

On pense à une pneumococcie et, comme on craint une otite, l'enfant est vu par un spécialiste. Les tympans sont normaux. On prescrit des enveloppements thoraciques, des injections de sérum antipneumococcique.

Dans la semaine qui suit, la température s'abaisse et l'on pense avoir porté un diagnostic exact.

Brusquement la température s'élève à 39°5. A nouveau l'enfant est vu par un spécialiste, qui ne note rien d'anormal du côté des oreilles. A nouveau la température baisse, puis subit une réascension, qui motive, une quinzaine de jours après le premier examen, une nouvelle consultation médicale. Le tableau clinique est cette fois profondément différent. L'examen révèle une pâleur accentuée des téguments et des muqueuses avec léger œdème péribuccal et périorbitaire. La rate est grosse, facile à palper. Il n'existe pas de ganglions. On note des lésions cutanées multiples avec des taches purpuriques.

L'état général du bébé est mauvais, l'enfant est abattu, légèrement dyspnéique. On pratique alors un examen du sang. Il donne les résultats suivants :

Globules rouges = 2.200.000
(poïkilocytose-anisocytose-polychromatophilie).

On trouve quelques hématies géantes et des hématies nucléées dans la proportion de 2 normoblastes pour 750 globules blancs et 2 mégaloblastes pour le même nombre.

Leucocytes	290.000
Polynucléaires	1,75 %
Neutrophiles	1,75 %
Eosinophiles	1,75 %
Formes de transitions	0,15 %
Mononucléaires	98,10 %
Lymphocytes	43 %
Monocytes	0,5 %
Myéloblastes	17,75 %
Myélocytes neutrophiles	14,35 %
Myélocytes basophiles	0,35 %
Lymphoblastes	20,5 %
Monoblastes	1 %
Promyélocytes	0,30 %
Cellules souches	0,35 %

Très rapidement l'état général du bébé s'aggrave et il meurt au bout de quelques jours, la maladie ayant évolué en moins d'un mois.

La fréquence de la leucémie aiguë chez les tout-petits est difficile à apprécier.

Dans l'enfance en général, la leucémie aiguë est plus fréquente que l'on ne le croit habituellement.

Dans une communication faite à la Société

médicale des hôpitaux de Paris en 1939, R. Debré, Milhit, M. Lamy et J. Fouquet rapportent en avoir observé plus d'une vingtaine de cas en quatre ans.

Déjà en 1936 Lereboullet et Baize, dans la revue « Le sang », considèrent que la maladie est aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Sur 129 observations, il y a d'après ces auteurs :

de 0 à 4 ans	64 cas
de 4 à 8 ans	40 cas
de 8 à 12 ans	18 cas
de 12 à 16 ans.............	7 cas

Ils vont même jusqu'à considérer que la fréquence de le leucémie aiguë est d'autant plus grande que l'âge est moins avancé.

Quand on consulte les revues consacrées au nourrisson, et bien qu'il existe quelques cas où l'enfant né de mére saine est venu au monde leucémique, les observations de leucémie dans les premiers mois de la vie paraissent rares.

On en trouve de ci de là quelques observations, telle celle de Van Westriehen de Rotterdam, qui a été rapportée en 1932. Elle concerne un nourrisson de six mois atteint de *leucémie lymphatique aiguë.* L'examen du sang révélait 90.200 leucocytes, dont 88 p. 100 de lymphocytes.

Une observation de Leif Salomonsen a trait à un bébé de cinq mois, mort très rapidement d'une *leucémie myélogène.*

La lecture des observations rapportées par des auteurs français ou étrangers montre que la maladie est assez polymorphe dans son ensemble.

Elle paraît axée par des schémas cliniques et hématologiques sujets à de grandes variations, mais réunis par un trait commun : l'évolution rapidement mortelle.

Dans le schéma clinique manquent habituellement bien des symptômes courants, tels que les manifestations bucco-pharyngées. La leucémie aiguë semble prendre souvent le masque d'une infection, qui ne fait pas sa preuve. On échafaude des diagnostics plus ou moins probables jusqu'au moment où des signes tels que anémie progressive, hypertrophie ganglionnaire, splénomégalie, hémorragies, viennent jeter un jour nouveau sur la maladie dont le bébé est atteint.

Il arrive même que ceux-ci tardent à apparaître, et c'est l'examen de sang pratiqué pour apporter un appoint à un diagnostic hésitant, qui vient donner simultanément et le diagnostic véritable et le pronostic.

Il existe des formes latentes, où le diagnostic n'est fait que peu de temps avant la fin.

Les variations du schéma hématologique sont encore plus grandes chez les nourrissons qu'à d'autres périodes de l'enfance.

On rencontre dans la pratique bien des formules de transitions, allant de l'anémie pseudoleucémique de Von Jaksch et Luzet avec ses caractères hématologiques propres, son évolution relativement fréquente vers la guérison et la leucémie aiguë à évolution fatale. Les caractères distinctifs manquent souvent de netteté.

C'est là une des raisons, pour lesquelles beaucoup d'auteurs conseillent à l'heure actuelle l'étude du myélogramme. Celui-ci peut être obtenu chez le nourrisson soit par la ponction sternale, soit par ponction de l'épiphyse tibiale.

Les techniques de ces ponctions ont été précisées par M. Lamy, G. Sée, I. Chiche et C. Montifiore (*Le Nourrisson*, 1939).

On utilise une aiguille de 2 cm. 5 de longueur et de 12 à 15 /10e de diamètre. La ponction du sternum s'effectue assez haut dans le prolongement des espaces intercostaux à mi-distance entre la ligne médiane et le bord latéral de l'os.

La ponction de l'épiphyse supérieure du tibia s'effectue au niveau du plateau tibial interne. On enfonce l'aiguille à 2 ou 3 centimètres au-dessous de l'interligne articulaire pour éviter le cartilage de conjugaison. On fait pénétrer l'aiguille de 1 cm à 1 cm. 5 et l'on aspire avec une seringue le suc médullaire, que l'on étudie après étalement sur lames.

Dans les cas où le simple examen de sang est insuffisant pour affirmer une leucémie, la ponction osseuse peut-être révélatrice.

La latence de certaines leucémies aiguës crée pour le praticien des risques d'erreur de diagnostic, qu'on ne peut chercher à éviter qu'en sachant:

1° Que la maladie se rencontre chez le tout jeune enfant et aussi chez des nourrissons ;

2° Qu'elle prend souvent le masque d'infection de nature indéterminée et que seul l'examen de sang tôt pratiqué, voire même le myélogramme, viennent révéler être une leucémie aiguë.

COMPLICATIONS VACCINALES ANTITYPHOPARATYPHOIDIQUES

(Essai Pathogénique)

Par MM. J. MARTINIE DUBOUSQUET et L. GROLLET

(*Suite et fin*) (1)

II. Deuxième catégorie de faits

a) *Goutte.*

1° Le Docteur Tbe... a eu l'amabilité de bien vouloir nous fournir l'auto-observation suivante :

« 38 ans, pas d'antécédents connus, héréditaires, de goutte, mais gros mangeur de viande.

Première crise non diagnostiquée, à l'âge de 34 ans, survenue comme complication d'une entorse, localisation typique au gros orteil ; évolution rapide vers la guérison spontanée en moins d'une semaine.

Deuxième crise à 37 ans, plus intense, avec une ou deux localisations accessoires, diagnostiquées après plusieurs jours seulement ; a cédé en quelques heures au spécifique Béjean.

Troisième crise en novembre 1939, batarde, intéressant surtout les gaines de certains tendons des pieds (péroniers latéraux à leurs terminaisons) ; douleur insuffisante pour interdire la marche, qui reste possible en boitant ; cette crise évolue par poussées successives et cède aisément, mais moins rapidement, au spécifique Béjean. A noter que la deuxième et la troisième crises ont, à peu près certainement, été provoquées par le café ; j'en ai fait l'étude chronologique expérimentale.

Ma *quatrième crise* est la crise post-vaccinale. Injection de 1 /2 c. c. du mélange T. A. B. anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique, entre 11 heures et midi, un samedi.

Début d'une douleur plantaire modérée, mais de nature caractéristique dès la nuit suivante ; la douleur devient très violente dans la nuit du dimanche au lundi ; l'ingestion d'atophan demeure sans grand effet, cependant j'ai la possibilité de marcher en boitant, la journée du mardi ; mais, ce même mardi, vers 5 heures, poussée fébrile avec frissonnements et nouvelle accentuation de la douleur qui atteint un maximum dans la nuit, en se localisant au gros orteil droit. Il en est de même pendant trois jours consécutifs avec légère atténuation diurne et reprise vespérale.

Le spécifique agit rapidement, mais faiblement, et la douleur ne cède que très lentement, demeurant suffisante pour interdire absolument de poser le pied à terre avant le dimanche.

Par rapport aux poussées précédentes, cette crise paraît avoir évolué de façon anormale, tant par la longue durée et la résistance des douleurs au spécifique, malgré des doses beaucoup plus considérables, que par la nature même de cette douleur qui prit, vers les derniers jours, une allure névritique.

En conclusion, je crois qu'il s'agit, sur un terrain évidemment prédisposé, d'une crise de goutte post-vaccinale qui tire de cette étiologie particulière une allure clinique différente des crises spontanées antécédentes. »

2° Schn... Henri, père missionnaire, âgé de 29 ans. *Antécédents* : Pendant son service militaire en Syrie, en 1931, a eu dysenterie amibienne et furonculose ; ensuite pendant un séjour de cinq ans, en Belgique, au cours desquels il s'est consacré à des études théologiques et philosophiques avait très fréquemment des vertiges, parfois plusieurs fois par semaine. En même temps il voyait devant ses yeux des points jaunes et des ronds noirs et avait des vomissements très abondants alimentaires et bilieux. Là le malade, très sédentaire, était soumis à une cuisine belge assez chargée en beurre cuit. En janvier 1938, paralysie faciale a frigore très douloureuse, Bordet-Wassermann négatif. A noter que la mère du malade est asthmatique.

Le père est piqué contre la typhoïde le 8 janvier 1940. Le premier jour après la piqûre, douleur vive dans l'épaule droite, alors que la piqûre a été pratiquée à gauche, douleur vive également dans le coude et le poignet ; impossibilité de remuer le membre. Le deuxième jour le poignet et la main étaient enflés, le poignet est resté enflé une journée. Le troisième jour après la piqûre le gros orteil droit est pris, en même temps douleur à la médio-tarsienne et au tendon d'Achille ; impression de lancement et de brûlure. L'articulation était rouge vif d'après le malade. La température atteint 38°7 et 39° au moment de la prise du gros orteil, et cela malgré la prise de 4 grammes de salicylate de soude. La température tombe avec 6 ou 8 grammes, mais, malgré cela, l'enflure articulaire persiste au moins huit jours. Cependant, pendant près d'un mois, des douleurs persistent à toute ces articulations malgré le salicylate de soude, des cachets d'atophan, de la crésopyrine, de l'autohémothérapie. De temps en temps une légère fluxion inflammatoire survient par poussée au gros orteil. Nous voyons le malade dans le courant de février, et en nous basant sur ses antécédents migraineux ophtalmiques, sur son hérédité « arthritique », l'histoire de sa maladie et sur l'aspect présent de son gros orteil, nous lui donnons de la *teinture de colchique*. On obtient vite une amélioration manifeste ; des douleurs névralgiques subsistent en dernier mais disparaissent complètement en huit ou neuf jours.

b) *Arthralgies.*

Ve..., 25 ans, médecin, type musculaire très athlétique, sujet roux. Dans ses antécédents, pour différents accidents, a reçu plusieurs injections de sérum antitétanique, respectivement en 1930, 1933, 1935, 1937. Les injections de 1930, 1933, 1935, n'ont provoqué aucune réaction. Seule, celle de 1937, malgré l'application de la méthode de Besredka, a donné des accidents ; huit jours après l'injection de sérum, la température atteint 39°5, la céphalée est intense, des vomissements bilieux apparaissent qui se prolongent pendant trois jours, de l'urticaire accompagné d'un très violent prurit survient et dure quatre jours, l'urticaire est traité par l'acide lactique et l'Emgé Lumière. Deux jours après la fin de l'éruption des arthralgies font leur apparition, débutant dans les genoux, puis s'atta-

---

(1) Voir *Concours Médical*, n° 4 du 25 janvier 1942.



quent aux chevilles et aux coudes, impossibilité de tout mouvement. La température est à 37°5, les arthralgies durent trois jours.

En novembre 1939 vaccination antityphoparatyphoïdique ; 5 ou 6 heures après la piqûre, température à 39°, vomissement de bile qui dure 24 heures. Le lendemain, apparition d'une éruption urticarienne qui dure cinq jours, très peu prurigineuse ; apparition d'arthralgie dans les genoux peu douloureuse, mais les articulations sont enflées ; la température s'abaisse et reste à 38° pendant quelques jours. Dix jours après le début, cessation des symptômes.

La deuxième injection vaccinale est faite quinze jours après ; cinq jours après vomissements bilieux avec céphalée intense, hyperaconsie, température à 39°5 pendant trois jours sans éruption, ni arthralgie. Le quatrième jour la température est revenue à 37°. La troisième injection n'est pas pratiquée.

Remarquons dans cette observation que le sérum et le vaccin ont provoqué des réactions analogues.

Interprétation pathogénique

Dans la pathogénie complexe et discutée de la goutte, on a établi anciennement déjà des analogies entre la crise aiguë de goutte et les phénomènes d'intolérance (anaphylaxie, idiosyncrasie, choc). Léri (1912), Chauffard (1922).

Mais il est intéressant de résumer des faits où la nature, la dose, l'heure et le mode de pénétration dans l'organisme d'une protéine connue (exsudat, sérum, vaccin par exemple) donnent une plus grande précision scientifique à la pathogénie invoquée.

On connait des observations ou un exsudat, un sérum ont provoqué des manifestations goutteuses. En 1927 F. Bezançon, M. P. Weil et de Gennes rapportèrent une curieuse observation. A ce sujet Pasteur Vallery-Radot écrit, dans un rapport sur « Goutte et allergie » au *Congrès de la goutte et de l'acide urique*, tenu en 1935 à Vittel : « Il s'agissait d'un pleurétique, ancien goutteux qui, à la suite de chaque ponction pleurale, présentait une ascension fébrile avec arthralgies, arthrites et même une fois, crise de goutte aiguë. Ces phénomènes étaient dus à la pénétration spontanée à travers l'orifice de ponction, d'une petite quantité de liquide pleural. En effet, les auteurs ont obtenu, après injection du propre liquide pleural, des phénomènes de choc suivis d'arthralgies et enfin un accès de goutte ; d'autre part, ils ont constaté que l'injection intradermique des protéines du liquide pleural donnait une réaction positive, alors que les injections témoins pratiquées avec de la peptine ou des acides aminés étaient négatives ».

L'un de nous (1) a publié en janvier 1939 dans le *Progrès Médical* une observation *d'arthralgie goutteuse à déclenchement sérique* où, par trois fois, une injection de sérum antitétanique avait déclenché à 34, 39 et 41 ans, chez un sujet de souche arthritique, une manifestation goutteuse typique du gros orteil indépendante de toute autre atteinte articulaire.

Ce qu'ont pu provoquer un exsudat pleural et le sérum antitétanique le *vaccin antityphoparatyphoïdique* l'a provoqué au même titre dans l'observation n° 1 du médecin et dans celle n° 2 du père missionnaire.

Dans l'observation n° 1 la crise de goutte était pure.

Dans l'observation n° 2 peut-être était-elle unie à des manifestations arthralgiques que l'on ne peut spécifiquement qualifier de goutteuses. Au demeurant Jousset, dans une thèse inspirée à un de ses élèves, ramenait les arthropathies sériques à des phénomènes goutteux et les traitait comme tels par le colchique.

Dans l'observation n° 3, nous avons vu le vaccin antityphoparatyphoïdique provoquer chez un même sujet des phénomènes arthropathiques presque semblables à ceux déterminés par le sérum antitétanique. Cela montre que certains sujets, en état d'instabilité humorale, de « *diathèse précipitante* » ne sont pas seulement sensibles à une protéine, mais à plusieurs protéines ; que ces protéines déclenchent des manifestations diverses (arthropathies parfois).

Au total, dans des cas exceptionnels, le vaccin antityphoparatyphoïdique peut déclencher des « arthrites protéiniques » dont la goutte.

III. Troisième catégorie de faits

a) *Purpura rhumatoïde.*

Dup... Henri, âgé de 31 ans, présentait avant la guerre des angines tous les quatre ou cinq ans.

Vers le début de novembre 1939, il fait une angine pultacée fort douloureuse avec température à 39°. On lui permet de se soigner en dehors de son service ; il se soigne en ville pendant trois semaines. Le 23 novembre, il reprend son service. Le 25, ou le 26 on le vaccine au T. A. B. ; le sujet ne note après le vaccin ni céphalée, ni frisson ; le lendemain même de la vaccination, il constate au pourtour des poignets, sur les avant-bras et sur tout le membre inférieur, des éruptions rouges vineuses séparées par des intervalles de peau saine. Le lendemain de ce jour, le malade constate qu'il a les chevilles et les genoux enflés et va consulter. On parle d'arthrite rhumatismale et le major soupçonne les effets de la piqûre ; on fait des frictions au salicylate de méthyle. Par la suite, les genoux, les chevilles et les poignets continuent à enfler et demeurent très douloureux, mettant le malade dans l'impossibilité de bouger. A ce moment là, soit une dizaine de jours après la piqûre, on constate une amygdalite ulcéreuse et pultacée avec de petites taches rouges se détachant sur le voile du palais ; on trouve de plus un gros foie douloureux ; on donne du rubiazol, du salicylate de soude, on badigeonne la gorge avec de la poudre de Novarsénobenzol ; le Bordet-Wassermann s'avère négatif ainsi qu'un frottis. En un mois les articulations désenflent et reviennent à leur volume primitif ; mais les taches rouges persistent et apparaissent un peu à l'abdomen ; en même temps une éruption boutonneuse se montre au visage. Lorsque les articulations

(1) J. Martinie Dubousquet.

commencent à perdre leur volume, sont survenues des coliques avec diarrhées sanglantes, le malade dit « avoir fait du sang » pendant six jours.

Pendant toute cette période, la température n'a cessé d'osciller entre 37°5 au minimum et 39°5 au maximum.

Nous examinons le malade le 30 décembre 1939, le sujet présente sur les bras, les avant-bras, le pourtour du poignet des pétéchies et des ecchymoses, cette éruption se retrouve sur les jambes, sur les cuisses et au pourtour de l'articulation tibio-tarsienne, les ecchymoses sont particulièrement marquées à la face externe des cuisses. Les mains et les pieds ne présentent pas d'éruption, celle-ci est en effet limitée par l'articulation. On note de l'œdème, à la face dorsale du pied.

On retrouve quelques ecchymoses à l'hypogastre on note deux ulcérations du scrotum à la bourse gauche, suintantes, sanglantes, douloureuses, de la largeur de deux pièces de quarante sous, et dont l'une empiète sur le pli inguino-crural. L'odeur en est fétide. De plus le scrotum est légèrement œdémateux, le malade dit que ses parties enflent et désenflent par « intervalle ».

On trouve en outre sur le visage, les épaules et la fosse sus-épineuse des éléments papuleux polycycliques.

L'examen de la gorge montre des taches purpuriques sur la face antérieure des piliers, du pus apparaît à l'arrière-gorge ; l'haleine est empuantie.

L'abdomen dans sa généralité n'est pas douloureux ; la rate n'est pas percutable ; le foie déborde de deux travers de doigt et s'avère douloureux. Pas de choc rotulien.

Le sang est examiné le 31 décembre 1939, on a :

I. *Numération globulaire* : globules blancs 7.000, globules rouges 3.540.000, taux d'hémoglobine, 95 %.

II. *Temps de saignement* : 3'1/2.

III. *Temps de coagulation sur lame* : 15'.

Lymphocytes et moyens mononucléaires : 16.

Monocytes : 18. Polyneutrophiles : 64. Eosinophiles : 2.

Quant à *l'examen des urines* nous avons :

Albumine : absence.

Sucre : absence.

Urobiline : légèrement supérieure à la normale.

Sels et pigments biliaires : absence.

Nous demandons le 6 janvier 1940 au laboratoire de compter les hématoblastes et de rechercher à nouveau le temps de saignement et de coagulation.

Nous obtenons :

Hématoblastes : 100.000, *globules rouges* : 3.600.000, *temps de saignement* : 3', *temps de coagulation* : 7'.

Nous portons le diagnostic de *purpura-rhumatoïde consécutif à l'injection de T. A. B.* en nous appuyant beaucoup plus sur les signes cliniques que sur les signes hématologiques, dont on sait l'inconstance et parfois l'absence dans le purpura rhumatoïde en particulier. A cette date du reste, l'éruption purpurique est presque effacée, l'état général est meilleur et le malade est évacué, en le prévenant d'une nouvelle poussée toujours possible.

b) *Psoriasis.*

1° Gr..., 33 ans, peintre en bâtiment sur transatlantique, était un sujet relativement bien portant avant la guerre, réserves faites de pituites matinales et de cauchemars à type de travail. Il est vacciné au T. A. B. le 15 novembre 1939 à 15 heures. Pas de réaction locale, mais frissons et sueurs à 23 heures. Le sujet note les 17 et 18 novembre 1939 quelques éléments éruptifs sur le thorax, l'abdomen et le cuir chevelu ainsi que sur le dos ; pas de démangeaison.

Le malade prend une permission de trois jours et ne se montre qu'en rentrant. Nous constatons une éruption généralisée sur le thorax, le dos et l'abdomen, de type psoriasiforme avec signe de la rosée sanglante.

La réaction de Hecht est positive. Le 6 janvier 1940, l'éruption est déjà très atténuée.

2° Feh..., 27 ans, bien portant, vigoureux, cultivateur. En novembre 1939, le malade avait eu une très légère éruption de psoriasis sur les membres inférieurs et supérieurs ; le traitement alors, sous forme d'acide salicylique et chrysophanique avait eu un résultat. Vacciné le 28 ou 29 février 1940. Ni réaction locale, ni générale après la piqûre, mais huit jours après l'injection le malade voit se développer une éruption de psoriasis qui commence par le membre inférieur et s'étend sur la poitrine, le dos, le membre supérieur, surtout marquée à la partie antéro-externe. Une médication semblable à la précédente n'a cette fois qu'une action très restreinte.

3° Gen..., 39 ans. Sujet maigre, éthylique. Vacciné contre la typhoïde le 18 janvier 1940, ni frisson, ni douleur locale ; le 28 janvier 1940, apparition au bras, au thorax, au membre inférieur des taches de psoriasis. Les éléments sont disséminés. Des tentatives thérapeutiques, diète hydrique avec magnésie calcinée, pommade à l'acide chrysophanique s'avèrent sans succès. Peut-être le sujet boit-il en cachette.

Interprétation pathogénique

Nous avons classé à part le purpura et le psoriasis, car leur pathogénie très discutée rend peut-être plus difficile de trouver un mode de liaison entre eux et l'injection vaccinale.

a) *Purpura.*

— Certains auteurs s'appuyant sur la fréquence et la variété des germes dans les éruptions purpuriques (méningo, strepto, gono, staphylo, bacille de Gaertner pyocyanique) ont fait du purpura un *phénomène biotropique*, favorisé par un certain état sanguin.

Certains auteurs ont signalé la brusque apparition du purpura à la suite d'ingestion de viande, à la suite d'injections de sérum, et l'ont vu accompagné d'urticaire, d'arthralgie, de bulles mêmes volumineuses. On a signalé des purpuras par toxines tuberculeuses (Gaucher et Gougerot). Ces auteurs ont eu tendance à faire du purpura une variété *d'intolérance à type d'anaphylaxie.*

— Admettons que le *vaccin antityphoparatyphoïdique* crée une infection ou une réaction anaphylactique, et l'une et l'autre peuvent se traduire par une vaso-dilatation cutanée, qui par suite de l'état sanguin prend le type purpurique.

b) *Psoriasis.*

Très discuté au point de vue pathogénique on a incriminé :

— une infection ;

— une cause parasitaire ;

— une diathèse.

— On a signalé des éruptions de psoriasis après vaccin jennerien (BLANC, Lyon 1907) au pourtour de la scarification. Paul CHEVALIER, après trois injections de vaccin antidiphtérique, a vu, sept jours après la dernière injection, survenir un psoriasis au point d'inoculation, puis ce psoriasis se généraliser.

— On a vu également survenir le psoriasis sur des ventouses scarifiées, des pointes de feu, des tatouages.

Ces observations pourraient être en faveur d'une inoculation accidentelle du germe inconnu du psoriasis. En réalité, il est très probable que la piqûre ou la scarification intervienne uniquement comme traumatisme lésant l'épiderme d'un malade atteint de psoriasis en puissance, de même qu'un traumatisme peut favoriser une crise de goutte.

Par contre, FERRABOUC a rapporté deux observations de psoriasis *après vaccin T. A. B.*, où le psoriasis n'est point apparu au point d'injection.

Dans les trois observations que nous avons rapportées, le psoriasis a débuté à distance de l'inoculation vaccinale. On ne peut parler ici d'inoculation accidentelle possible.

Comme la preuve infectieuse du psoriasis n'est pas faite, on ne peut non plus sans imprudence parler de biotropisme.

SPILMANN a rapporté l'histoire d'un garçon boucher, qui avait du psoriasis tous les ans à l'époque même où son patron tuait un porc pour nourrir famille et familiers. Le psoriasis disparaissait chez le garçon boucher, lorsqu'on cessait de consommer le porc.

Il nous semble, mais sous réserve, en nous appuyant sur cette observation et sur les cas de psoriasis apparus après injection sous-cutanée de protéines variables, que ces faits plaident en faveur de l'hypothèse du psoriasis maladie diathésique.

Dans des cas très rares *le vaccin antityphoparatyphoïdique pourrait provoquer une réaction d'intolérance et déclencher le psoriasis alors maladie diathésique.*

En résumé, il semble ressortir de nos propres observations que le vaccin antityphoparatyphoïdique peut déterminer :

a) des réactions biotropiques (herpès, érythème morbiliforme, zona, impétigo, adénopathie, néphrite, affection dothiénentérique, épididymite) ;

b) des réactions d'intolérance (arthrites protéiniques) ;

c) du purpura, du psoriasis dont on ne peut que discuter la pathogénie.

L'APPENDICITE DES NOURRISSONS

Au-dessous de deux ans, au-dessous d'un an en particulier, l'appendicite est considérée comme rare. Il existe peut-être à cette rareté dans l'appendicite chez le nourrisson une raison : la question alimentaire. Le nourrisson n'absorbe que du lait et de la bouillie, régime qui prédispose apparemment moins à l'appendicite que l'alimentation habituelle, complexe et surtout carnée, des sujets plus âgés. Pendant la guerre 1914-18, M. Rouhier a remarqué que les paysans mobilisés, qui se trouvaient mis brusquement à une alimentation carnée plus abondante qu'ils n'y étaient accoutumés, payaient à l'appendicite un tribut assez lourd.

L'opinion courante sur la rareté de l'appendicite chez le nourrisson n'est pas toutefois partagée par tous les auteurs. Des chirurgiens particulièrement qualifiés, comme Veau et Marcel Fèvre, estiment que l'appendicite du nourrisson tire surtout sa rareté de nos défauts de diagnostic. Le très jeune enfant, ne parlant pas, ne précise pas le siège de sa douleur et ne traduit celle-ci que par des cris qui contractent les muscles abdominaux, rendant le palper plus difficile.

Chez un nourrisson atteint de syndrome abdominal aigu, on pense volontiers à une invagination intestinale, affection dont la symptomatologie (douleurs, vomissements, arrêt des matières et des gaz, selles sanglantes, « boudin » abdominal perceptible au palper ou au toucher rectal) est pathognomonique. Mais, n'y a-t-il pas des cas, à symptômes moins nets, dans lesquels l'appendicite est en cause et où l'on pose le diagnostic d'invagination ? M. Marcel Fèvre a rapporté récemment à l'Académie de chirurgie une observation de M. Philippe Graffin concernant un enfant de neuf mois qui présentait un syndrome d'invagination (vomissements, arrêt des matières et des gaz, émission de sang par l'anus, T à 37°2), chez lequel M. Graffin trouva, à l'opération, un appendice rouge, presque gangrené. Dans la discussion qui a suivi, il n'a pu être établi, malgré le contrôle opératoire, s'il s'agissait de lésions appendiculaires primitives, ou secondaires à une invagination, par ailleurs déjà désinvaginée à la suite d'un lavement baryté.

En résumé, chez le nourrisson, en présence d'un syndrome abdominal aigu, en présence d'un syndrome d'invagination intestinale à symptomatologie insuffisamment caractérisée, il convient de penser à l'appendicite, quelque opinion que l'on ait sur la rareté de cette affection chez le nourrisson.

P. L.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Rôle fonctionnel de la thérapeutique convulsivante par le cardiazol

N'exige-t-on pas de la thérapeutique convulsivante plus qu'elle ne peut donner, en l'utilisant, à l'exclusion de tout autre traitement, pour soigner les psychoses les plus diverses et même la démence précoce à n'importe quel moment de son évolution ? Telle est la question que cherche à résoudre le Docteur M. Hyvert, en se basant sur les résultats de plus de 300 cas traités.

De son étude, il ressort que la thérapeutique convulsivante ne joue vraisemblablement que le rôle d'une thérapeutique fonctionnelle, de nature dynamique, et qu'elle reste sans action sur le facteur étiologique ; aussi la persistance de celui-ci amènera-t-elle fatalement une rechute, même après une amélioration considérable. Or, il est parfois relativement facile de mettre en évidence le facteur étiologique et d'agir sur lui, qu'il s'agisse d'un état infectieux, toxique, endocrinien ou d'une réaction d'intolérance. Mise en œuvre après traitement étiologique, la thérapeutique convulsivante donne alors des succès presque constants et d'une grande stabilité. Ces considérations ne sont valables que pour des états morbides, pris aussi près que possible de leur début. Après quelques mois, plus rarement après quelques années, le trouble fonctionnel, à quelques exceptions près, devient pratiquement irréversible. (*La Presse Médicale*, 18 octobre 1941).

Est-il prouvé que la réaction de Schick soit un test de réceptivité diphtérique ?

L'expérience biologique pratiquée sur une grande échelle dans la région militaire de Lyon durant quatre années, écrit le Docteur Rendu, a prouvé que la signification attribuée couramment à la réaction de Schick ne correspondait pas à la réalité des faits, puisque, toutes proportions gardées, il y avait presque autant d'atteintes diphtériques chez les réfractaires (Schick négatif) que chez les réceptifs (Schick positif).

Les animaux de laboratoire, qui ne sont pas susceptibles de contracter spontanément, par contagion, la maladie diphtérique humaine, devraient tous avoir un Schick constamment négatif ; or, la plupart ont un Schick tantôt positif, tantôt négatif, ce qui prouve que cette réaction, aussi bien chez l'animal que chez l'homme, n'indique pas la réceptivité à la maladie spontanée. Par contre, il est expérimentalement prouvé que chez l'animal de laboratoire la réaction de Schick mesure le degré de réceptivité à l'intoxication expérimentale provoquée. Il est probable qu'il en est de même chez l'homme.

En somme, les immunologistes ont voulu donner à cette réaction une signification bivalente, en soutenant qu'elle mesurait à la fois la sensibilité à l'intoxication artificiellement provoquée et la réceptivité à la maladie spontanée contractée. En réalité, elle a une signification monovalente et indique tout au plus que l'organisme humain est réfractaire ou réceptif à l'intoxication artificielle par une toxine fabriquée *in vitro*. Il est donc illusoire de conclure de la négativation d'un Schick par l'anatoxine à l'efficacité de la vaccination contre une atteinte épidémique. (*Gazette des Hôpitaux* 25 octobre 1941).

A propos de l'appareil ouaté de Dujarier dans les traitement des fractures de l'humérus

H. Payer et J. René Boisneuf appellent à nouveau l'attention sur un appareil de premier ordre pour la réduction et la contention des fractures de l'épaule et de la diaphyse humérale. En dehors des fractures du col chirurgical à gros déplacement et naturellement des fractures supra-condyliennes, qui relèvent d'un traitement tout-à-fait spécial, ces auteurs ont appliqué le Dujarier à tous les types de fractures épiphysaires supérieures et diaphysaires suivants : 1° toutes fractures épiphysaires supérieures, depuis l'arrachement d'une des deux apophyses de la goutture bicipitale jusqu'aux fractures complexes ; 2° toutes les fractures diaphysaires depuis la fissure simple jusqu'à la fracture à gros déplacement ou à trait spiroïde avec troisième fragment. On trouve dans ce travail une description complète et détaillée de l'appareil avec schémas explicatifs. Même après intervention chirurgicale dans certains cas, l'appareil ouaté reste un excellent moyen de contention après réduction.

Dans l'immense majorité des cas, employé dans ces conditions, cet appareil donnera toute satisfaction au praticien ; sa technique, bien que facile à réaliser, n'en demande pas moins à être exécutée avec beaucoup de précision. (*Le Bulletin Médical*, 25 octobre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Juvénilisme par atrophie des testicules à l'âge de quinze ans. Traitement par la testostérone.

(MM. P. NOBÉCOURT et SOTIRIOS B. BRISKAS ; 2-12-1941).

M. Nobécourt relate l'histoire d'un garçon de vingt ans atteint d'atrophie testiculaire (à la suite d'une affection indéterminée survenue à l'âge de quinze ans) et présentant du juvénilisme, la puberté ne s'achevant pas chez lui. Traité par des injections de propionate de testostérone, les effets de cette médication ont été remarquables. L'évolution pubérale a repris et actuellement, à vingt-deux ans, après deux années de traitement, le sujet n'a plus l'aspect juvénile. Il est devenu un homme somatiquement et psychiquement. Malheureusement il lui manque la fonction de reproduction. Ses testicules n'ont pas été modifiés et dans le liquide testiculaire éjaculé, on ne trouve pas de spermatozoïdes.

Eléphantiasis streptococcique guéri par les sulfamides

(MM. H. GOUGEROT et A. CARTEAUD ; 2-12-1941)

L'éléphantiasis streptococcique, qui est le plus fréquent des éléphantiasis nostras, caractérisé par des poussées lymphangitiques et fébriles, est tenace, rebelle aux médications anciennes, au point que si l'on veut faire un traitement décisif, on propose l'opération du drainage filiforme par soies perdues (opération brésilienne) ou par drains perdus (opération de Walter-Moure). Dans ces conditions, l'observation relatée par M. Gougerot est d'un intérêt particulier. Elle concerne un éléphantiasis streptococcique guéri en moins de trois mois par les sulfamides.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

L'anesthésie sinu-carotidienne dans le traitement du choc traumatique

(M. Lucien LÉGER. — Rapport de M. André SICARD ; 29-10-1941)

M. Leveuf a rapporté à la séance du 20 novembre 1940 de l'Académie de chirurgie un travail de MM. Creyssel et Suire sur le traitement du choc traumatique par l'anesthésie sinu-carotidienne.

MM. Creyssel et Suire ont cherché une base physiologique à cette thérapeutique dans l'hypertension artérielle que produit expérimentalement le badigeonnage cocaïné de la bifurcation carotidienne. M. Léger a fait sur ce sujet une série d'expériences qui l'ont conduit à une autre explication pathogénique. Il a observé, d'abord, chez le chien ayant subi l'énervation sinu-carotidienne bilatérale, une hyperplasie surrénale et des signes d'hyperfonctionnement de la cortico-surrénale. Cherchant alors à préciser les interactions sinuso-surrénales, il a pratiqué, dans le laboratoire du Prof. Giroud, des dosages comparatifs de l'hormone cortico-surrénale dans les urines avant et après infiltration cocaïnée de la bifurcation carotidienne. Les dosages ont montré que, dans trois cas sur quatre, l'anesthésie d'un sinus carotidien entraîne une augmentation de l'élimination urinaire d'hormone cortico-surrénale. Il apparaît donc que l'anesthésie sinu-carotidienne, par interaction sinuso-surrénalienne, constitue un moyen d'exaltation rapide et momentanée de l'activité cortico-surrénale.

M. Léger apporte cette idée intéressante que l'infiltration sinu-carotidienne agirait dans le choc, non pas par paralysie d'un centre hypotenseur, comme on l'a dit, mais par décharge d'hormone cortico-surrénale.

Quoiqu'il en soit, on peut penser que dans l'arsenal thérapeutique si varié du choc traumatique grave, sans négliger la valeur des traitements habituels, l'infiltration d'un ou des deux sinus carotidiens mérite d'être retenue, parce que c'est un geste simple, inoffensif, et dont l'avenir établira peut-être l'efficacité.

L'occlusion intestinale, maladie déchlorurante

(M. Léon BINET ; 15-10-1941).

La chute du chlore sanguin ne saurait être discutée dans l'occlusion intestinale. A la suite des travaux d'Haden et Orr, MM. Gosset, Binet et Petit-Dutaillis ont introduit cette notion en France avec sa conséquence thérapeutique : la rechloruration systématique dans le traitement de l'occlusion intestinale.

Le mécanisme de cette hypochlorémie reste toutefois encore discuté. M. Binet admet la théorie de la chlorodéperdition. Le cycle normal à trois temps du chlore sanguin (passage dans l'estomac pour présider à la sécrétion gastrique ; passage de celle-ci dans l'intestin ; retour à la circulation sanguine) se trouve entravé par les vomissements et la non-réabsorption dans l'intestin, d'où déperdition chlorée.

— M. LAMBRET défend une autre théorie pathogénique de l'hypochlorémie dans l'occlusion intestinale : celle de la diminution de la masse sanguine, de l'exhémie du sel hors des vaisseaux. On peut envisager alors d'une autre façon l'action du sérum hypertonique, qui est susceptible de rappeler dans les vaisseaux le sérum fugitif.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

L'ORGANISATION PRATIQUE DE LA MÉDECINE RURALE

Par le Docteur Fernand DECOURT

II. — Les « AVIS » de la Commission d'Experts, de Genève et ceux de l'A, P. I. M.

Dans un précédent article (1), nous avons donné un aperçu des travaux de la Commission d'experts », réunie à Genève en mars 1931, sur convocation de la Section d'hygiène de la Société des Nations. Nous rappelons que chaque pays était représenté, en principe, par trois délégués, dont le premier représentait son Gouvernement, le second les Caisses-maladies rurales et le troisième les médecins praticiens. Ces derniers, nous le répétons ici, étaient représentés officiellement à Genève pour la première fois, à la suite de démarches répétées de l'Association professionnelle internationale des médecins (A. P. I. M.).

Ainsi que nous l'avions annoncé, nous donnons ici le texte même des « avis » qui nous avaient été demandés par la S. D. N., avis rédigés d'abord en français par l'un des membres de la Commission puis traduits ensuite en anglais, allemand, espagnol et italien.

AVIS

donnés par la Commission consultative Internationale, de la Société des Nations à Genève, à propos de la médecine rurale.

L'assistance médicale efficace peut, dans le sens le plus large, être considérée comme désignant un service médical organisé de telle sorte qu'il mette à la disposition de la population tous les moyens d'action de la médecine moderne, en vue de préserver la santé, de dépister et de traiter les maladies dès leur premier stade.

***

I. — En vue de fournir une assistance médicale efficace à la population rurale, les experts sont unanimement d'avis que le nombre de personnes susceptibles d'être utilement prises en charge par un médecin praticien dûment qualifié pourrait être au maximum de deux mille, étant entendu qu'au fur et à mesure du développement de l'organistaion sanitaire et des besoins des populations, ce nombre pourrait descendre jusqu'à mille.

II. — Cette assistance médicale nécessite également l'existence d'un personnel auxiliaire techniquement qualifié et comprenant une ou plusieurs infirmières ou, à défaut, d'infirmières diplômées et provisoirement, d'autres personnes pourvues du minimum nécessaire de formation technique.

III. — Il est recommandé que, dans la moindre agglomération rurale, le malade puisse trouver sur place une personne capable de donner les premiers secours et d'assurer l'exécution des prescriptions du médecin.

IV. — Les populations rurales et les médecins doivent en outre être mises en mesure de bénéficier des services de centres de diagnostic et de traitement spécialisé, convenablement équipés et pourvus d'un personnel qualifié : dispensaires antituberculeux, antivénériens, etc...

Ces services devront conserver la liaison avec le médecin traitant qui devra être informé des résultats des examens ou tenu au courant du traitement s'il y a lieu et de ses suites.

V. — L'assistance médicale rurale implique également des facilités d'hospitalisation dans des établissements appropriés et convenablement équipés. Il est recommandé d'avoir un établissement hospitalier pour une population d'au moins 20 à 30 mille habitants, une organisation rationnelle comportant environ deux lits par mille habitants. Toutefois, chaque établissement ne devra pas comprendre moins d'une cinquantaine de lits.

Des moyens de communication permanents (télégraphe, téléphone, etc...) et des moyens de transport constamment disponibles doivent être mis à la disposition des malades et des médecins en vue de permettre l'hospitalisation rapide dans les cas d'urgence.

VI. — L'assistance médicale rurale doit utiliser les services de laboratoires. Les analyses ou examens simples pourront être effectués dans les laboratoires des établissements hospitaliers. Les analyses et examens plus complexes (bactériologie, anatomo-pathologie, sérologie, etc...) seront pratiqués dans les grands laboratoires spécialement outillés.

VII. — L'assistance médicale rurale doit pouvoir également faire appel aux médecins spécialistes.

Le médecin spécialiste devra conserver la

---

(1) Voir le *Concours médical* du 18 janvier 1942 pages 79 et suivantes.

liaison avec le médecin traitant et l'informer du résultat de ses examens ou du traitement et de ses suites.

Moyens de réalisation

Principes de collaboration. — La réalisation d'une assistance médicale rurale efficace exige la collaboration des autorités publiques d'hygiène et d'assistance, du Corps médical, des institutions d'assurance, des organisations privées, etc...

Pouvoirs publics. — Les pouvoirs publics doivent veiller à ce que l'ensemble de la population bénéficie d'une assistance médicale efficace. Ils doivent s'efforcer, par une organisation rationnelle des services d'hygiène, pourvus d'un personnel suffisant et spécialisé, de développer la tendance préventive de l'assistance médicale rurale.

Dans l'intérêt d'une assistance médicale efficace, il serait également désirable que les pouvoirs publics étudient sur une base territoriale, en tenant compte des circonstances locales, un programme rationnel et coordonné pour la protection de la santé publique.

Les pouvoirs publics doivent stimuler, aider et coordonner les efforts des institutions et groupements, dont l'activité a pour but la réalisation de l'assistance médicale rurale. Ils s'efforceront de suppléer aux insuffisances et de remédier aux doubles emplois qui peuvent se produire dans l'organisation de cette assistance.

Assurance-maladie. — Les experts estiment que l'assurance-maladie, lorsqu'elle vise l'ensemble des travailleurs agricoles, permet de réaliser, dans les meilleures conditions possibles, une assistance médicale rurale efficace.

Assistance médicale. — Néanmoins, là où l'assurance-maladie n'est pas encore instituée, une assistance médicale gratuite rationnellement établie peut intervenir utilement pour mettre au point une organisation qui donne en partie satisfaction aux besoins des populations rurales.

***

Les « avis » ci-dessus furent votés à l'*unanimité.* Ceci est à souligner, alors que des intérêts — ou plutôt des *mentalités* — contraires s'étaient affrontées pendant quatre jours. C'est que chacun des délégués s'efforça d'écouter et de comprendre les raisons exposées par les autres, dans un esprit de cordiale collaboration pour parvenir à mettre sur pied une assistance médicale rurale *effective* et capable de rendre les meilleurs services possibles aux populations intéressées, si diverses qu'elles soient suivant les pays.

Ces avis, ainsi qu'il était convenu, furent transmis officiellement à la « *Conférence européenne d'hygiène rurale* » dont la réunion avait lieu également à Genève du 29 juin au 6 juillet 1931.

Cette conférence avait trois séries de questions à examiner : 1° *L'assistance médicale rurale.* — 2° *L'hygiène rurale.* — 3° *L'assainissement* (eaux, habitations, sols, etc...). Evidemment, c'est à la première question que se rapportaient les « avis » de la « Commission des Experts ».

Cette fois, il n'y avait plus, même pour une assistance médicale rurale, de représentants de médecins praticiens puisque tous les délégués étaient d'ordre gouvernemental. Néanmoins, parmi ceux-ci, nous citerons, comme défenseurs ardents des praticiens, pour la France, le Professeur Parisot (de Nancy) l'un des rapporteurs de la Conférence et l'un des plus écoutés, ainsi que, pour l'Allemagne, le Docteur Mimietz, etc... Grâce à ceux-ci, ainsi qu'à quelques autres, on peut dire que, à part deux légères additions, qui ne sont, aucunement, de primordiale importance, la *Conférence européenne* dans sa séance du 9 juillet 1931, *a adopté officiellement* les avis ci-dessus rapportés.

***

L'Enquête (R) de l'A. P.I.M.
sur l'Assistance médicale rurale

Parallèlement aux travaux de la Commission des Experts, à Genève, l'A. P. I. M. avait décidé de faire, sur le même sujet, une Enquête internationale parmi la trentaine de Nations qui la constituent, ou plutôt (par ses correspondants nationaux) parmi les Groupements nationaux professionnels dont cette grande Association internationale est l'émanation.

Après tous les détails fournis sur les résultats des travaux de la Commission des Experts, nous ne reviendrons pas sur le même sujet, en ce qui concerne l'étude de l'A. P. I. M. Néanmoins, pour compléter l'examen d'ensemble de cette question devant le Corps médical, nous croyons devoir donner ci-dessous le texte même des conclusions adoptées, à la suite des résultats fournis par l'Enquête (R), par le Conseil général de l'A. P. I. M., dans sa VIe session qui eut lieu du 10 au 13 septembre 1931, à Budapesth.

L'Association Professionnelle Internationale des Médecins devant l'Assistance médicale rurale

I. — *L'assistance médicale efficace peut, dans le sens le plus large, être considérée comme désignant un service médical organisé de telle sorte qu'il mette à la disposition de la population tous les moyens d'action de la médecine moderne, en vue de préserver la santé, de dépister et de traiter les maladies, dès leur premier stade.*

II. — *En vue de fournir une Assistance médicale efficace à la population rurale, l'A. P. I. M. est d'avis que le nombre de personnes susceptibles d'être utilement prises en charge par un médecin*

praticien, dument qualifié, pourrait être au maximum de deux mille, étant entendu qu'au fur et à mesure du développement de l'organisation sanitaire et des besoins des populations, ce nombre pourrait descendre jusqu'à mille.

III. — *Il est souhaitable que le nombre et la répartition des pharmaciens et des médecins propharmaciens dans les régions rurales, soient tels que toutes les prescriptions médicales puissent être rapidement fournies aux populations.*

IV. — *Cette Assistance médicale nécessite également l'existence d'un personnel auxiliaire techniquement qualifié et comprenant une ou plusieurs infirmières ou, à défaut d'infirmières d plômées et provisoirement, d'autres personnes pourvues du minimum nécessaire de formation technique. Mais il est indispensable que ce personnel auxiliaire s'abstienne entièrement de toute intervention d'ordre médical, celle-ci ne pouvant être effectuée que sous la direction d'un médecin dument qualifié.*

V. — *Il est recommandé que, dans la moindre agglomération rurale, le malade puisse trouver sur place une personne capable de donner les premiers secours et d'assurer l'exécution des prescriptions du médecin.*

VI. — *Les populations rurales et les médecins doivent, en outre, être mis en mesure d'utiliser les services de centres de diagnostic et, le cas échéant de traitement spécialisé entrepris uniquement à la demande du médecin de famille, au cas où des médecins spécialistes feraient défaut dans la région. Ces centres doivent être convenablement équipés et pourvus du personnel qualifié.*

Ces services devront conserver la liaison avec le médecin traitant qui devra être informé du résultat des examens ou tenu au courant du traitement, s'il y a lieu, et de ses suites.

Réciproquement, il est du devoir du médecin traitant de conserver une liaison étroite avec ces services, dans l'intérêt des malades.

VII. — *L'Assistance médicale rurale implique également des facilités d'hospitalisation dans des établissements appropriés et convenablement équipés.*

Il est recommandé d'avoir un établissement hospitalier pour une population de 20.000 à 30.000 habitants, une organisation rationnelle comportant environ deux lits par mille habitants. Toutefois, chaque établissement ne devra pas comprendre moins d'une cinquantaine de lits.

Des moyens de communication permanente (télégraphe, téléphone, etc...) et des moyens de transports constamment disponibles doivent être mis à la disposition des malades et des médecins, en vue de permettre l'hospitalisation rapide dans les cas d'urgence.

VIII. — *L'assistance médicale rurale doit utiliser les services du laboratoire. Les analyses et examens simples pourront être effectués dans les laboratoires des établissements hospitaliers. Les analyses et examens plus complexes (bactériologie, anatomo-pathologie, sérologie, ec...) seront pratiqués dans les grands laboratoires spécialement outillés.*

IX. — *L'Assistance médicale rurale doit pouvoir également faire appel aux médecins spécialistes. Le médecin spécialiste devra conserver la liaison avec le médecin traitant et l'informer du résultat de ses examens, du traitement et de ses suites.*

X. — Moyens de réalisation. — *La réalisation d'une Assistance médicale rurale efficace exige la collaboration des autorités publiques, d'hygiène et d'assistance, du Corps médical, des institutions d'assurance, des associations d'entr'aide (coopératives sanitaires, etc...), des organisations privées, etc...*

Ce n'est que par une collaboration harmonieuse entre toutes les bonnes volontés et suivant un programme à établir d'accord que l'on parviendra à résoudre ce problème complexe, mais non insoluble, d'une bonne organisation de l'Assistance médicale rurale.

XI. — *Les Groupements médicaux professionnels comprenant l'A. P. I. M. sont prêts à accorder, le cas échéant, leur cordiale et active collaboration à cette œuvre si importante pour l'amélioration de la santé publique.*

***

Nous avons tenu à juxtaposer ici, en quelque sorte, les Conclusions posées à Genève par la Commission des Experts et celles du Conseil général de l'*A. P. I. M.* C'est surtout afin que l'on puisse remarquer la grande analogie, et parfois même la similitude frappante entre ces deux séries de conclusions qui sont pourtant loin d'avoir la même origine...

Si toutes deux, en effet, sont d'*ordre international*, les secondes ne provenaient pas moins d'un milieu *homogène*, en ce sens qu'elles étaient émises par des délégués de médecins praticiens. Les premières, par contre, si elles provenaient également de pays divers, étaient d'origine beaucoup plus *complexe*, alors que, pour chaque pays, il s'agissait de représentants : 1° du *Gouvernement* ; 2° des Caisses d'assurance-maladie rurales ; 3° des médecins praticiens ruraux.

C'est que le *Corps médical international*, (condensé dans l'A. P. I. M. par les délégués de chaque pays constituant cette grande Association) a coutume de considérer, non seulement l'intérêt particulier du médecin praticien, mais de le considérer toujours en fonction même de l'intérêt général des malades et, par suite, de l'humanité entière.

N'est-ce pas là le plus bel éloge qu'on puisse faire du Corps médical organisé, de quelque façon qu'il le soit, dans les divers pays ?...

LA NOUVELLE ANNÉE FISCALE

CARNET A SOUCHE. — DÉCLARATION DES HONORAIRES SUR LES FEUILLES D'ASSURANCES SOCIALES. — PATENTE

Le fisc a réservé, en guise de souhaits de Nouvel An, de bien mauvaises surprises aux professions libérales en général et aux médecins plus particulièrement.

En effet, la loi de budget du 31 décembre 1941, parue au *Journal officiel* du 1er janvier 1942, précise, en son rapport préliminaire, qu'une majoration de 100 millions est escomptée de l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales et ce, grâce à un renforcement du contrôle.

Ce contrôle entraîne pour les médecins les obligations suivantes : Remise d'un reçu contre tout paiement d'honoraires et déclaration sur les feuilles d'Assurances sociales des honoraires perçus.

Nous voulons nous étendre un peu aujourd'hui sur ces nouvelles dispositions et donner à nos lecteurs, les quelques renseignements pratiques que nous avons pu jusqu'ici recueillir.

Enfin, nous examinerons les règles qui régissent actuellement l'impôt de la patente et notamment, les dispositions qui permettent dans certains cas, d'en obtenir le dégrèvement partiel.

I. — Carnet à souche.

Aux termes de l'article 87 du Code général des impôts directs (loi du 13 janvier 1941), tous les contribuables soumis à l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales, c'est-à-dire aussi bien les médecins et chirurgiens que les avocats et architectes, étaient tenus d'avoir un livre-journal représentant jour par jour le détail de leurs recettes professionnelles.

La loi du 31 décembre 1941, leur impose une nouvelle obligation consistant en la délivrance contre tout paiement d'honoraires « d'un reçu signé et extrait du carnet à souche numéroté ».

a) *Carnet à souche.*

La Loi précise que le reçu et sa souche, doivent porter les mentions suivantes :

— Numéro d'ordre ;
— Montant de la somme payée ;
— Date du payement ;
— Nom et adresse du débiteur. Par débiteur, il faut entendre à notre avis, le payeur des soins et non le bénéficiaire.

Le reçu est exempt de timbre. Sa délivrance, qui paraît obligatoire même pour les assurés sociaux, n'est pas exigée chaque fois que le paiement des honoraires est fait par chèque nominatif ou lorsqu'il émane d'une personne ou d'une administration astreinte à la déclaration annuelle des honoraires, traitements et salaires versés à des tiers, en vertu de l'article 103 *bis* du Code de l'Impôt direct.

L'Administration des Finances se préoccupe seulement maintenant paraît-il d'établir un modèle officiel de carnet à souche.

Avant que ce dernier ne soit édité et distribué, nous nous demandons comment vont pouvoir faire les médecins pour respecter ces nouvelles obligations légales. D'autant plus que la clientèle soucieuse, cela se conçoit, d'obtenir les dégrèvements fiscaux largement annoncés par une propagande tapageuse, ne manque pas d'exiger dès maintenant le reçu que le praticien est bien en peine de lui délivrer.

b) *Livre-journal.* — Le livre-journal doit être tenu comme auparavant, si ce n'est qu'il ne comportera en face de la date que le détail des sommes encaissées, précédés du numéro d'ordre correspondant à celui porté sur le reçu délivré.

Le livre-journal se présentera donc dorénavant sous la forme suivante :

Journée du 1er février

Numéros des reçus	Sommes encaissées
49	30
50	45
51	25

Le secret professionnel est donc respecté vis-à-vis du fisc qui ne peut avoir communication que du livre-journal.

En est-il de même vis-à-vis du client qui ne pourra obtenir de dégrèvement fiscal qu'à condition de révéler qu'il a eu à faire à tel ou tel praticien ?

Quant aux souches des carnets, portant le nom des clients, seul un médecin délégué par le Conseil de l'Ordre, peut en exiger la présentation en vue d'effectuer le contrôle prévu par la nouvelle loi.

Quelle sera l'efficacité de cette mesure ? nul ne peut encore le savoir.

Toujours est-il qu'elle est bien mal accueillie du Corps médical. Plus fiscalement honnête que l'administration veut bien le présenter, il ne voit dans ces mesures qu'une paperasserie supplémentaire, venant s'ajouter à la délivrance des certificats toujours plus nombreux, qui transformera bientôt le médecin en un gratte-papier doublé d'un comptable.

II. — Déclaration des honoraires sur les feuilles d'Assurances Sociales.

L'ancien article 151 du Code général des impôts directs (loi du 13 janvier 1941) exigeait déjà des Caisses d'assurances, l'établissement à la fin de chaque année, d'un relevé récapitulatif par médecin, dentiste ou sage-femme des feuilles de maladie et notes de frais remises par les assurés.

Ces relevés constituaient une base qui permettait à l'administration fiscale de déterminer pour chaque praticien, le minimum des honoraires qu'il avait perçus des assurés sociaux.

Ce n'était probablement pas suffisant puisque cet article 151 vient d'être complété par la petite phrase suivante, lourde de conséquences : « Ce relevé mentionne notamment le montant des honoraires versés par les assurés sociaux aux praticiens ».

Ce qui implique ainsi d'ailleurs que le précise l'article 12 de la loi du 31 décembre 1941, que les médecins doivent indiquer sur les feuilles des assurés sociaux, le montant des honoraires perçus par eux. Et la loi de préciser même que cette mention est obligatoire à dater du 1er janvier 1942.

Ainsi se trouve réalisée d'une manière indirecte mais qui ne manque pas d'habilité, le vieux projet des Caisses d'Assurances sociales qui depuis longtemps rêvaient de connaître le montant des honoraires perçus par les médecins.

On peut se demander si, comme lors de la loi du 18 novembre 1941 créant l'Institut sanitaire des Assurances sociales, le ministère de la Santé pub lique a été à même de donner utilement son avis sur cette réforme qui apparaît comme étant l'œuvre beaucoup plus des Caisses d'Assurances sociales que de l'Administration fiscale.

Ne voit-on pas en effet certaine Caisse de la Mayenne qui, dès le 6 janvier dernier, alors que le *Journal Officiel* du 1er janvier n'a pu lui parvenir au plus tôt que le 4 au matin, envoyait aux médecins du département une Circulaire ainsi conçue :

Laval, 6 janvier 1942,

« Docteur,

« Nous nous permettons de vous joindre, inclus, « des extraits de la loi de finances, pour 1942, qui « vous intéressent tout particulièrement vous et « nous.

« Bien entendu, nous avons à la considérer *objec- « tivement*. Nous voulons espérer que vous voudrez « bien nous faciliter notre travail et nous éviter des « correspondances inutiles en chiffrant *vous-mêmes*, « sur nos feuilles maladie, le montant des honoraires « que vous auront versés nos assurés sociaux. Nous « pensons que c'est le seul moyen d'éviter des abus, « des erreurs et des frictions que nous serions les pre- « miers à déplorer.

« Vous en remerciant.... ».

Quelle impudence dans le triomphe !

Nous aimons à penser que l'Ordre des médecins, dans la collaboration qui devra obligatoirement s'instaurer entre lui et les Caisses, pourra amener celles-ci à une plus juste conception de leur rôle qui est, avant tout, comptable et financier, et leur faire comprendre que le contrôle des médecins doit être exercé par leurs pairs.

Les destinées du Corps médical sont, une fois de plus, entre les mains de son représentant légal et porte-paroles officiel, qui espérons-le, saura le défendre.

III. — Patente.

Les patentables peuvent pour 1942, comme pour l'année 1941, obtenir une réduction de la patente en vertu des dispositions suivantes :

a) *Imposition trimestrielle.* — L'article 9 de la loi du 31 décembre 1939 avait pour la première fois, et en raison des circonstances de guerre décidé que pour 1940, la patente serait due, non pas pour l'année entière, mais trimestriellement et par 1/4, selon la durée d'ouverture des établissements ou cabinets qu'elle affectait.

Cette disposition vient d'être reprise par l'article 17 de la loi du 31 décembre 1941, qui en étend le bénéfice jusqu'à la fin de l'année de la cessation juridique des hostilités.

En conséquence, tout praticien reprenant l'exercice de la médecine en cours d'année, ne devra payer la patente que proportionnellement au nombre de trimestres restant à courir jusqu'au 31 décembre.

Par contre, pour les créations de cabinets, c'est l'ancienne règle qui joue, aux termes de laquelle l'imposition n'est faite que par douzième à dater du 1er du mois au cours duquel a eu lieu l'installation.

b) *Diminution des ressources.* — L'article 5 de la loi du 22 octobre 1940, permet à tout patentable dont les revenus professionnels (montant brut) ont subi une diminution d'au moins un tiers, par rapport à ces mêmes revenus de l'année 1938 ou à défaut de l'année 1939, d'obtenir de *plein droit* une réduction de patente proportionnelle à la diminution constatée.

Soit par exemple, le cas d'un médecin ayant encaissé en 1938 120.000 francs de recettes et 70.000 francs en 1941 ce qui laisse apparaître une diminution de 5/12e ; sa patente sera réduite de 5/12e également.

La demande de réduction doit être adressée sur papier libre au Directeur départemental des Contributions directes, avant le 31 mars 1942 pour la patente de 1941.

Elle doit être obligatoirement accompagnée de toutes justifications utiles ainsi que d'une quittance du percepteur établissant que le patentable s'est acquitté de la fraction de droit excédent celle dont il sollicite le dégrèvement.

Brice MAUREL.

Histoire de la Médecine

❖ ❖

LA LÉGISLATION D'IL Y A CENT ANS ET LES CHIRURGIENS-DENTISTES

Il y a cent ans, la profession de chirurgien-dentiste dont on discute encore en ce moment le statut avait perdu toute existence officielle. Elle n'avait joui d'un état-civil que pendant les trente quatre dernières années du XVIIIe siècle, entre l'ordonnance royale de mai 1768 et la loi du 19 Ventôse an XI.

« *Notre vigilance paternelle sur tous les objets qui peuvent intéresser le bien de l'humanité* » écrivit le roi Louis XV en mai 1768 comme début de lettres patentes, portant règlement pour les écoles de chirurgie de Paris. Les articles 126, 127, 128 s'expliquent ainsi sur les dentistes « ceux qui veulent s'occuper de la cure des dents doivent se faire recevoir experts au Collège de chirurgie. Ils doivent subir deux examens, l'un sur la théorie, l'autre sur la pratique. Ils seront experts-dentistes, mais ne pourront exercer aucune autre partie de la chirurgie ou de la médecine et prendre la qualité de chirurgien sous peine de 100 francs d'amende ». Il en était de même pour les experts herniaires, experts oculistes. Après la Révolution qui abolit les lettres patentes vinrent les lois du Consulat : celle du 19 Ventôse an XI relative à l'exercice de la médecine ne parle que des médecins, chirurgiens et officiers de santé, et oublie tous les experts. La situation d'expert dentiste n'existe donc plus : tout le monde peut se proclamer dentiste, sans diplôme. La loi de l'an XI ne concerne que ceux qui veulent exercer l'art de guérir dans son intégrité. Il y eut des procès pour déterminer si guérir les dents était exercice illégal de la médecine.

Le premier en date, concernait une dame Delpeuch, de Limoges dont le succès chagrina les chirurgiens de cette ville. Elle fut renvoyée de l'action intentée par elle et par le tribunal et par la Cour de Cassation (23 février 1826). « *La dame Delpeuch exerce uniquement la profession de dentiste et ne se livre à l'exercice ni de la médecine, ni de la chirurgie et n'est passible d'aucune peine pour n'être munie d'aucun diplôme* ».

Le tribunal de Paris en 1834, cependant condamna à l'amende de simple police Gouvignon, parce que, sans diplôme, il fait acte de chirurgie en soignant les dents. De même en 1845, une action intentée par les dentistes de Paris, munis du titre de chirurgien, à des dentistes sans diplôme, aboutit à une contravention et 15 francs d'amende. Pas de peine correctionnelle, puisqu'il n'y a pas usurpation de titre, « mais la dentisterie est une partie de la chirurgie et ne peut être exercée sans un contrôle des capacités ». Ce jugement est confirmé par la Cour royale le 21 février 1846. Le principal dentiste inculpé était un Anglais, William Rogers.

Les tribunaux de Paris et la Cour royale se trouvèrent ainsi en contradiction avec la Cour de cassation : ce qui aurait permis au sieur Gouvignon et à master William Rogers d'en appeler victorieusement de leurs condamnations.

Les deux positions contradictoires de ces divers tribunaux sont la conséquence d'une controverse d'interprétation du fait que la loi du 19 Ventôse XI ne parle pas des dentistes. Pour Limoges et la Cour de cassation, la loi en omettant les dentistes rendait à leur profession la liberté complète : chacun pouvait librement arracher des dents pourvu qu'il ne prit pas sur sa boutique et sur ses cartes de visite, le titre de docteur. Pour les tribunaux de Paris, en ne parlant pas des dentistes, la loi les incorporait *ipso facto* dans le Corps médical, leur art étant une branche de la chirurgie : il faut avoir le diplôme de médecin pour exécuter tout acte chirurgical, qu'il s'agisse de couper une jambe ou d'arracher des dents. On voit ainsi déjà formulée la tendance qui n'a cessé de s'affirmer depuis. La stomatologie doit comme l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie, l'urologie, etc., être considérée comme une spécialité médicale pour laquelle le doctorat en médecine est une base indispensable. Les chirurgiens-dentistes diplômés modernes qui ont porté le perfectionnement de leur art à un degré merveilleux se sont toujours inspirés des doctrines médicales générales et envisagent très bien pour leurs successeurs la nécessité d'études préalables complètes. La médecine a beau disperser ses adeptes en un nombre croissant de spécialistes, elle n'en restera pas moins une et indivisible.

Dr E. BRIAU.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

80 francs (C. 3,2)

Visite demandée pour être faite de 22 heures à 7 heures du matin (4).

100 francs (C. 4)

Très vaste pansement ;
Ponction lombaire ;
Ponction d'ascite isolée ;
Tamponnement intra-utérin ;
Traitement de l'asphyxie ;
Rectoscopie ;
Certificat d'internement (pour chacun des médecins) ;

150 francs (C. 6)

Ponction évacuatrice de la plèvre ;
Anesthésie générale ;
Assistance à une opération ;
Tubage duodénal.

Les honoraires des consultations et actes de petite chirurgie sont à majorer de 25 % lorsque ces actes sont pratiqués le dimanche et de 50 % lorsqu'ils sont accomplis la nuit.

Lorsqu'on voit à domicile deux ou plusieurs personnes de la même famille, le terme de visite ne s'applique qu'à la première ; les autres sont l'objet de consultations.

Actes d'obstétrique

(y compris les visites normales consécutives)

Version par manœuvres externes	100 fr.
Suture du périnée demandée par la sage-femme	100 »
Fausse-couche de 3 à 6 mois sans curage ou curetage	300 »
Délivrance artificielle demandée par une sage-femme (5)	500 »
Forceps demandé par une sage-femme (suivant la difficulté) (5), 500 à	800 »
Version par manœuvres internes demandée par une sage-femme (suivant la difficulté) (6), 600 à	800 »
Accouchement prématuré (6 à 7 mois).	800 »
Accouchement simple y compris les visites normales consécutives (c'est-à-dire pendant les quinze jours suivants) (7)	1.000 »
Accouchement gémellaire y compris les visites normales consécutives (8)	1.200 »
Accouchement avec application de forceps ou délivrance artificielle (9)	1.200 »
Accouchement avec version par manœuvres internes (10)	1.200 »

Honoraires minima pour les actes de chirurgie et de spécialités

(Se reporter à la nomenclature des spécialistes)

La valeur de ces honoraires est obtenue en multipliant par le chiffre-clé le coefficient de la nomencla-

(4) Pour les assurés sociaux, ne pas inscrire le coefficient, mais le signe V. N.

(5) Pour les assurés sociaux, inscrire le signe D.I.

(6) Pour les assurés sociaux, inscrire le signe D.II.

(7) Pour les assurés sociaux, inscrire sur la feuille de maladie le signe C.40.

(8) Pour les assurés sociaux, inscrire sur la feuille de maladie le signe C.48.

(9) Pour les assurés sociaux, inscrire le signe C. 40 + D. I.

(10) Pour les assurés sociaux, inscrire le signe C. 40 + D.II.

ture du Conseil supérieur de l'Ordre (ancienne nomenclature de la Confédération) affecté à chaque acte chirurgical ou de spécialité.

La valeur du chiffre-clé, est, dans le département de la Seine, de 20 francs pour toutes les spécialités.

Conseil départemental de l'Ordre des Médecins des Ardennes

SECRÉTARIAT : 26, rue du Petit-Bois, Charlevile.

RÉUNION DU 6 JANVIER 1942

Assistance médicale gratuite. Hospitalisation. — Un malade de l'Assistance médicale gratuite s'est vu refuser son entrée à l'Hôpital parce que le certificat médical ne comportait pas de diagnostic.

Le maire de la commune de ce malade réclame auprès du médecin traitant en le priant de prendre bonne note pour qu'à l'avenir le Directeur dudit hôpital ne se voie pas obligé de refuser les malades dont le certificat médical ne serait pas complet.

L'article 20 du règlement de l'Assistance médicale gratuite des Ardennes au sujet de l'hospitalisation, exige un certificat du médecin, ou d'une sage-femme au cas d'accouchement, indiquant la nature de la maladie et les raisons pour lesquelles il est impossible de soigner le ou la malade à domicile.

Le Conseil de l'Ordre, en conformité avec ce règlement, fait connaître aux médecins qu'ils n'ont qu'à indiquer la nature de la maladie et non pas le diagnostic.

En conséquence, leur certificat doit comporter l'indication suivante :

Maladie : service chirurgical.
Maladie : service médical.

de façon à permettre au Directeur de l'hôpital de diriger rapidement le ou la malade sur le service qui lui convient, tout en respectant le secret professionnel.

Assistance médicale gratuite. Modification aux règlements. — Par arrêté en date du 17 décembre 1941, M. le Préfet des Ardennes, a modifié l'arrêté préfectoral du 1er juin 1937 comme suit :

ARTICLE 15. — *Indemnité kilométrique. — Médecins* : Pour chaque visite spécialement faite au malade : 2 fr. 40 par kilomètre parcouru en voiture de 9HP et au-dessus ; 1,90 par kilomètre parcouru en voiture de moins de 9 HP, la distance étant calculée conformément aux indications du paragraphe 3 de l'article 11 du règlement.

Société Médicale Mutuelle d'Assurance et de Défense Professionnelles « Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 30 décembre 1941, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

4.945 ALBRECHT Tonel, Saint-Bonnet-près-Riom, (Puy-de-Dôme).

4.949 BOULENGER Pierre, 9, rue du Val-de-Grâce, Paris (Ve).

4.948 BOUTINES Jean, 11, rue Théodule-Ribot, Paris (XVIIe).
4.947 BRUNELLA Richard, Jonvelles (Haute-Saône).
4.946 BUQUET Jean, Gournay-en-Bray (Seine-Inférieure).
4.540 CHENARD François, 17, rue des Trois-Conils, Bordeaux (Gironde).
2.519 DUPIRE André, Hasnon (Nord), 90, rue Jean-Jaurès.
4.952 FRABOULET Anatole, 9, rue Auguste-Mayet, Asnières (Seine).
4.951 FRITSCH Maurice, 5, avenue du Maréchal-Lyautey, Saint-Dié (Vosges).
4.950 GAREZ Jean-Louis, 29, rue Frédéric-Mottez, Lille (Nord).
3.714 HADOT Marie, 66, rue de la Gare, Pouxeux (Vosges).
4.955 LAFITTE Abel, 7, boulevard de la République, Saint-Cloud (Seine-et-Oise).
4.956 LAPEYRE Jean, 7, rue des 4-Frères-Robert, Libourne (Gironde).
4.954 MANSUY André, rue Nationale, Dieulouard (M.-et-M.).
1.806 MEYER Henri, 7 *bis*, rue de Tascher, Le Mans (Sarthe).
4.944 PÉLISSIER Gabriel, 1, rue Jeanne-d'Arc, Nîmes (Gard).
734 PENANT Jacques, 15, rue de Paris, Vervins (Aisne).
3.912 TONNERY Jean, Petite-Rue de la Prévôté, Poitiers (Vienne).
3.703 TRONEL-PAYROZ Léon, 54, Grande-Rue, Saint-Marcellin (Isère).



A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Loi du 6 janvier 1942 simplifiant le fonctionnement des Assurances sociales

Art. 1er. — § 1er. — Les dispositions ci-après, modifiant la législation sur les Assurances sociales en ce qui concerne l'acquittement des cotisations et l'attribution des prestations en cas de maladie, de maternité et de décès, sont applicables aux travailleurs bénéficiaires du régime général des Assurances sociales, autres que ceux énumérés au paragraphe suivant.

§ 2. — Les gens de maison, les salariés à embauchages et débauchages fréquents, et les travailleurs des catégories définies à l'article 1er (§ 5) du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, ou déterminées par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail, restent régis par ledit décret et les textes qui l'ont modifié ou complété.

....

Art. 4. — § 1er. — L'assuré social a droit, ou ouvre droit, aux prescriptions des assurances maladie, maternité et décès du seul fait qu'au cours des trois mois antérieurs à la date de la première constatation médicale de la maladie ou de la grossesse, ou à celle de l'accident, il a occupé un emploi salarié ou assimilé, ou a été inscrit à un office du travail et en apporte la justification.

Toutefois, pour le bénéfice des prestations de l'assurance-maternité, il doit être justifié, en outre, que l'immatriculation est antérieure de plus de dix

mois à la date de l'accouchement et que la première constatation médicale de la grossesse a été portée à la connaissance de la Caisse au plus tard trois mois avant la date présumée de l'accouchement, sauf empêchement que le service régional appréciera

En vue de la détermination du montant des prestations en argent, doivent être produites les pièces prévues à l'article 44 *a* du livre Ier du Code du travail ou toutes pièces reconnues équivalentes, telles qu'une attestation de l'employeur indiquant le montant total des salaires perçus par l'assuré pendant le mois ou pendant les trois mois antérieurs à celui de l'interruption du travail, suivant qu'il s'agit de l'assurance maladie-maternité ou de l'assurance-décès. Si l'assuré n'est pas immatriculé depuis plus d'un mois civil entier ou de trois mois civils entiers, suivant le cas, les pièces produites doivent se rapporter au mois ou aux trois mois antérieurs à la date de l'interruption du travail.

§ 2. — Les prestations en argent sont calculées d'après le salaire mensuel ou trimestriel ci-dessus défini. Si l'assuré n'a été que pendant une partie dudit mois ou dudit trimestre au service de son dernier employeur, soit parce qu'il travaillait précédemment chez un autre employeur, soit par suite de maladie, de maternité ou de chômage, le salaire mensuel ou trimestriel est porté au montant correspondant à la durée effective du travail pratiquée dans l'établissement considéré au cours du même mois ou du même trimestre. Ce salaire est arrondi au multiple de 60 francs le plus voisin.

Lesdites prestations sont déterminées pour chaque jour, ouvrable ou non, d'incapacité de travail oude repos de maternité pendant la durée légale d'attribution, sur la base d'un soixantième du salaire mensuel, conformément à un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances, sans pouvoir être inférieures au minimum, ni supérieures au maximum fixés par cet arrêté.

En cas de décès, le capital à verser aux ayants-droit est égal au montant du salaire trimestriel indiqué au premier alinéa du présent paragraphe, et est arrondi au multiple de 100 francs le plus voisin, sans pouvoir être inférieur à 1.000 francs.

§ 3. — L'adhésion ou l'inscription à une Caisse d'assurance est valable pour cinq ans, sauf si l'assuré quitte la circonscription de la Caisse ou s'il vient à remplir les conditions d'affiliation à une Caisse qu'il n'avait pu choisir antérieurement.

Les Caisses d'assurances sont tenues d'attribuer les prestations dues en vertu du présent article dès lors que la première constatation médicale motivant cette attribution est postérieure à la date d'effet de l'affiliation de l'assuré, sous réserve de l'application de l'article 7 (§ 1er), premier alinéa, du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par le décret-loi du 14 juin 1938.

....

Art. 6. — Sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, des peines prévues à l'article 405 du Code pénal, seront punis d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 200 à 5.000 francs :

1° Quiconque, en vue de faire bénéficier un assuré social de prestations, aura établi ou délivré de faux certificats ou pièces en tenant lieu ;

2° Tout assuré social qui, en vue de bénéficier de prestations, aura produit ou utilisé d'une façon quelconque lesdits certificats ou pièces.

Art. 7. — La présente loi n'est pas applicable aux professions agricoles et forestières.

(*J. O.*, 15 janvier 1942).

Loi du 27 novembre 1941 améliorant les prestations des Assurances sociales en ce qui concerne la famille du prisonnier.

Art. 1er. — Le maximum des honoraires qui pourront être versés à des médecins à l'occasion de soins donnés à la famille d'assurés sociaux prisonniers de guerre pour des actes médicaux, chirurgicaux ou de spécialités, est fixé au tarif de responsabilité des Caisses d'Assurances sociales.

Les Caisses et les Unions régionales sont tenues de rembourser les frais médicaux afférents aux actes susvisés sur la base du tarif de responsabilité, sans participation des intéressés.

(*J. O.*, 16 janvier 1942).

Loi portant création d'un Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales

Rectificatif au *Journal officiel* du 29 novembre 1941 :

Page 4980, 3e colonne :

Au lieu de (1er paragraphe) :

« Pour remédier à cette situation, les Unions régionales ... ».

Lire :

« Pour remédier à cette situation, les Unions régionales des Caisses d'Assurances sociales avaient été précédemment incitées à jouer ce rôle de coordination et de concentration, pour la partie les concernant, dans le domaine sanitaire et social, mais par définition, dans le cadre régional.

« C'est donc sur le plan régional que l'œuvre entreprise par les Unions de Caisses à cet égard doit se poursuivre et se réaliser pour le plus grand profit des assurés sociaux.

« Or, le domaine sanitaire est celui du secrétaria d'Etat à la Famille et à la Santé, responsable du plan d'équipement du pays en matière de cure et de prévention, comme le domaine des réalisations sociales est celui du secrétariat d'Etat au Travail » ;

Au lieu de (2e paragraphe) :

« Aussi la loi soumise à votre haute approbation...

Lire :

« Aussi, la loi soumise à votre haute approbation confie-t-elle à un établissement représentant l'ensemble des Unions régionales et des Caisses d'Assurances sociales la mission de gérer sous l'autorité du secrétariat d'Etat au Travail et avec le concours technique du secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé, les institutions sanitaires et sociales d'intérêt national en lui permettant de reprendre éventuellement , à son compte, les créances et participations acquises, dans le même ordre d'action, par les Caisses d'Assurances sociales ».

Ajouter au rapport, *in fine* :

« *Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé,*

« Serge HUARD,

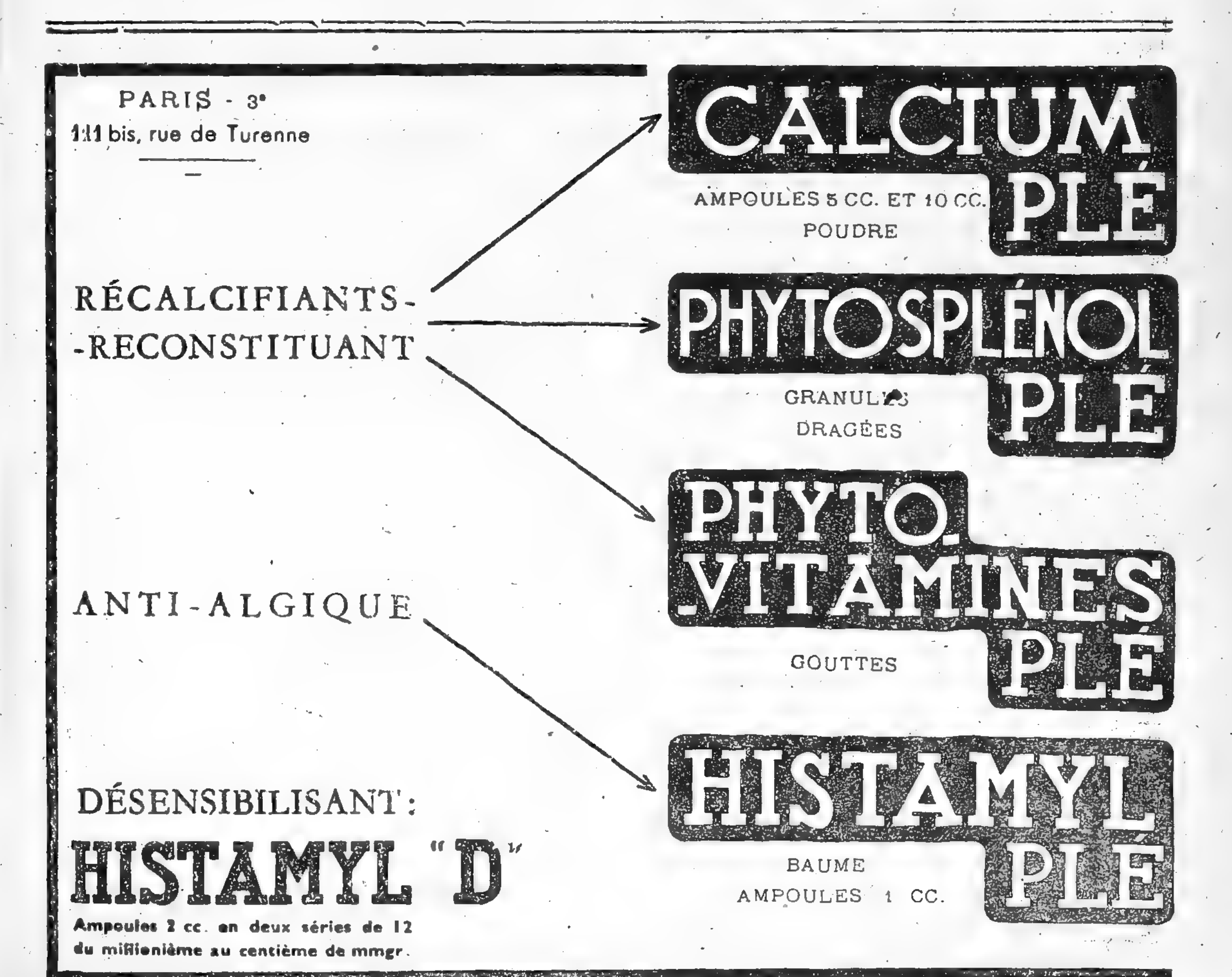
(*J. O.*, 15 janvier 1942)

Inspection de la Santé

Nominations

Par arrêtés du 24 décembre 1941, sont affectés :

Au département de la Loire, M. le Docteur Robin, inspecteur du Rhône ;



Au département du Rhône, M. le Docteur Poulain, inspecteur de la Loire ;

Au département de la Loire-Inférieure, M. le Docteur Minon, inspecteur adjoint de la Somme.

Au département du Puy-de-Dôme, M. le Docteur Grégoire, inspecteur adjoint de l'Isère.

Au département d'Eure-et-Loir, M. le Docteur Dupuy, inspecteur adjoint du Gers.

Par arrêté du 24 décembre 1941, l'arrêté du 5 novembre 1941 portant affectation dans la Gironde de M. le Docteur Fournier, inspecteur adjoint du Calvados, est rapporté.

Concours d'inspecteur adjoint de la Santé

Par arrêté en date du 9 janvier 1942, la date de clôture des inscriptions pour le concours d'inspecteur adjoint de la Santé, fixée au 15 janvier 1942, est reportée au 25 janvier 1942.

Ordre des médecins

Décret du 10 janvier 1942 nommant les membres du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins

Art. 1er. — Sont nommés membres du Conseil, supérieur de l'Ordre des médecins :

MM. les Docteurs :

Barthe (R.-P.), médecin de l'usine de la Société E. C. F. M., à Gennevillers (Seine).

Durand (P.-M.), de Courville (Eure-et-Loir).

Lemierre (André), professeur à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, président du Conseil départemental de l'Ordre de la Seine.

Vincent (Armand), médecin à Sucy-en-Brie (Seine-et-Oise).

(*J. O.*, 13 janvier 1942).

Service de santé

Médaille d'honneur du Service de santé

Par décision du 29 décembre 1941, prise en application du décret et de l'arrêté du 27 juin 1931, la médaille d'honneur du Service de santé a été décernée aux personnes ci-après désignées :

Médaille de bronze

M. Michaud (Jules-Valentin-Paul) médecin lieutenant de réserve, de la 14e division militaire.

(*J. O.*, 14 janvier 1942).

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32

ÉCHOS & COMMENTAIRES

L'ORDRE DÉFEND TOUJOURS LES INTÉRETS DES MÉDECINS. — L'ASSURANCE OBLIGATOIRE ET LE RESPECT DES RÉGIMES ANTÉRIEURS. — MÉDECINS ÉTRANGERS. — DÉCISIONS DISCIPLINAIRES. — DIPLÔME DES SINISTRÉS. — ELECTION A L'ACADÉMIE.

Depuis le 9 janvier dernier, le Conseil supérieur de l'Ordre ne défendait plus les intérêts de ses membres. Les mauvais esprits nous diront peut-être que la chose remonte en réalité au 7 octobre 1940.

Nous leur répondrons que nous ne sommes pas sur le plan des faits où nous reconnaissons que la discussion peut s'instaurer, mais sur celui du droit.

La loi du 7 octobre dans son texte initial (art. 43) confiait au Conseil supérieur la garde de l'honneur, de la morale et des « *intérêts* » de l'Ordre. On avait pu se demander s'il s'agissait de l'Ordre en tant qu'institution ou bien au contraire en tant qu'expression juridique du Corps médical. C'est à cette seconde conception que l'on s'était peu à peu rallié en pratique.

Or, la loi du 31 décembre 1941 apportant tout une nième modification à la loi sur l'Ordre des médecins, entre autres choses, avait pudiquement transformé *intérêts* en *probité*. Nous avions hésité sur le sens profond de cette réforme. Etait-ce que le Corps médical, être immatériel voué entièrement au sacerdoce, n'avait plus d'intérêts à défendre ? Etait-ce que la garde de ces intérêts par trop matériels allait être confiée à quelqu'ordre mineur en voie de constitution ?

Nos incertitudes sont aujourd'hui heureusement dissipées : un rectificatif du *Journal Officiel* du 9 décembre vient de paraître au *Journal Officiel* du 20 janvier et rétablit le texte primitif dans son intégrité. Les intérêts des médecins sont donc, en principe, toujours défendus.

Mais nous avouons que nous serions bien heureux de connaître les motifs profonds de ces variations que l'on peut difficilement mettre au compte des typographes.

***

La hausse du plafond limite des Assurances sociales est venue intégrer dans le régime général de la prévoyance et de l'épargne obligatoire un nombre important de salariés qui bénéficiaient jusqu'alors de régimes particuliers et facultatifs.

Un problème s'est posé, qui ressemble en de nombreux points à celui des assurances corporatives obligatoires du médecin, à la solution duquel l'ordre s'est attelé : laisserait-on aux intéressés le bénéfice de ces régimes particuliers ?

Indiquons tout de suite la solution adoptée : à moins qu'ils ne demandent à faire partie du

cadre général, les salariés peuvent conserver leur régime antérieur, du moment qu'il a été reconnu viable par les autorités compétentes et qu'il assure des avantages équivalents à ceux des Assurances sociales.

Ajoutons quelques chiffres, quant au fonctionnement de ces régimes de retraite : Dans les industries du gaz et de l'électricité, une cotisation totale (patronale et ouvrière), de 16 % du salaire assure à 60 ans, après trente ans de services, une retraite égale au 50me du traitement des trois dernières années, soit 18.000 francs pour un traitement moyen de 30.000 francs. Un régime transitoire apporte aux salariés retraités ou non le bénéfice d'allocations les mettant à l'abri du besoin.

Il n'est pas besoin de dire combien nous approuvons la sagesse et la souplesse de ces mesures de transition. Nous avons toujours redouté les inconvénients d'un système de retraite par trop uniforme et centralisateur. L'obligation de l'épargne est une chose trop grave pour ne point laisser, dans son cadre même, une marge notable à la liberté.

Un avant-projet de loi créant la retraite et plus généralement les assurances corporatives des médecins est actuellement à l'étude. Nous espérons qu'il s'inspirera de ces principes et respectera la liberté d'affiliation du médecin à la Caisse de son choix. Une décentralisation s'impose afin que l'assuré puisse être connu personnellement alors surtout que cotisation et allocation doivent s'adapter aux possibilités et aux besoins de chacun. C'est dans cet esprit qu'il faut comprendre l'effort entrepris par le Conseil départemental de la Gironde auquel le Conseil supérieur a en définitive, et tenant compte de la lettre même de la loi du 7 octobre, rendu l'hommage qui convenait.

Réjouissons-nous que la vie apporte peu à peu au simplisme rigoureux des projets primitifs les nuances qui s'imposaient.

***

La loi du 22 novembre 1941, abrogeant celle du 16 août 1940 sur l'exercice de la médecine, de la chirurgie-dentaire et de la pharmacie, n'est pas encore entrée en application.

Il faut chercher les raisons de ce retard dans le fait qu'il n'existe aucune autorité compétente pour apprécier la qualité de combattant des intéressés, faute de texte précis et surtout de publication de listes officielles d'unités combattantes.

Nous croyons savoir toutefois, qu'une Circulaire ministérielle préciserait dans un prochain avenir la procédure à suivre.

Les praticiens se réclamant de l'article 2, c'est-à-dire bénéficiant d'une exception de plein droit, recevraient du Préfet, sur justifications qu'ils remplissent les conditions exigées par la loi, un certificat leur permettant de se faire inscrire définitivement au tableau de l'Ordre.

Ceux invoquant les articles 3 ou 5 verraient leur dossier soumis à l'examen de la Commission supérieure de contrôle siégeant à la Santé publique.

***

On nous rapporte de divers côtés que certains conseils départementaux auraient statué, en matière disciplinaire, sur des documents qui n'auraient pas été communiqués aux intéressés avec l'ensemble du dossier ainsi que le prévoit et l'exige le règlement intérieur.

Il est, pensons-nous, inutile d'insister sur le fait que de telles pratiques, qui violent les droits de la défense, sont contraires à toute équité.

Le Conseil d'Etat, chaque fois qu'il a eu à statuer sur des cas analogues, notamment en matière de soins aux pensionnés de guerre, a toujours annulé les décisions basées sur des documents confidentiels non communiqués.

Il est évident qu'il en serait de même pour les décisions de l'Ordre.

***

Les confrères sinistrés peuvent obtenir gratuitement le remplacement de leurs diplômes à condition toutefois, d'être à même d'apporter la preuve de leur destruction par suite de fait de guerre.

***

C'est le Professeur BALTHAZARD qui fut finalement élu vice-président de l'Académie au terme d'un scrutin mouvementé et qui nécessita plusieurs tours.

Nous nous étions fait l'écho de cette agitation déchaînée dans l'Olympe professionnel.

Quelles que soient les explications données après coup il est certain que les académiciens ont entendu donner à cette élection un sens précis et se solidariser avec l'attitude prise par BALTHAZARD au cours de ses récentes et retentissantes interventions.

Mais le sort, judicieusement inspiré, a purgé le Conseil de l'Ordre de ses éléments les plus contestés, et l'on peut espérer voir renaître la paix entre les médecins de bonne volonté.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Accidents du travail

5.714. — Luxation de l'astragale

Réduction d'une luxation en avant du calcanéum avec dislocation du pied. L'astragale étant repoussé en avant et en dedans. Cette réduction a eu lieu sous contrôle radioscopique après avoir pris deux clichés et sous anesthésie générale.

Dr B.

Réponse

a) Je suppose qu'il s'agit du tarif des accidents du travail et je réponds comme tel ;

b) Comme il n'y a pas de rubrique concernant la luxation de l'astragale, il faut prendre une analogie. Je la verrais en l'espèce avec « luxation du carde = 100 francs » que j'ai déjà proposée plusieurs fois avec acceptation des deux parties.

Evidemment, il y a lieu d'ajouter les radio-

graphies (si vous en avez envoyé les clichés à l'assurance avec « commentaire détaillé » — voir art. 27, obs. alinéa 6). Ajouter également 80 francs pour l'anesthésie générale (à condition qu'elle ait été donnée par un autre médecin que l'opérateur. Voir art. 12, alinéa 3).

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

5961 — Pour éviter le gel du radiateur

Peut-on sans inconvénient ajouter l'alcool dénaturé actuel à l'eau du radiateur ? Dans quelles proportions ?

Dr R.

Réponse

On peut, sans inconvénient, ajouter de l'alcool dénaturé actuel à l'eau du radiateur ; la proportion dépend du point de congélation que l'on désire obtenir.

Avec 20 % d'alcool et 80 % d'eau, le point de congélation est abaissé aux environs de — 10°.

Henri PETIT.

Pour faciliter la mise en route

J'ai lu avec intérêt vos articles sur le départ à froid et vous signale le moyen qui me réussit avec l'essence actuelle sur une 9 HP Citroën. J'ai au garage un flacon d'alcool à brûler à large tubulure et ai fabriqué avec un fil de fer en V un double porte tampon fait de coton et gaze, de la grosseur d'une noix.

Lorsque je veux démarrer, j'imbibe légèrement les deux tampons d'alcool, les allume et les laisse brûler sous les deux branches d'arrivée du carburateur à la culasse en prenant garde de ne pas incendier le carburateur.

J'éteins dès que l'alcool est brûlé, fais tourner le moteur quelques tours sans allumage et le départ a lieu dès que je mets celui-ci.

Je puis sortir immédiatement de la remise, capot couvert, mais n'ai pu éviter le bafouillage qui se produit lorsque le starter ne joue plus, on peut cependant le diminuer en réglant moins serré le ralenti.

Si mon procédé peut soulager des confrères, j'en serais heureux.

Dr A.

Réponse

Le moyen que vous utilisez pour faciliter la mise en route de votre moteur pendant l'hiver est évidemment excellent. Je le connaissais, mais n'avais pas osé le faire figurer dans l'article consacré à cette question car le danger d'incendie est assez sérieux. Dans les cas graves, je pratique moi-même un procédé du même genre qui consiste à réchauffer tout le cylindre et le carter au moyen de la flamme d'une lampe à souder, procédé efficace, mais évidemment très dangereux.

Je demande au *Concours Médical* d'insérer votre lettre ainsi que ma réponse qui pourra, je crois, profiter à beaucoup de lecteurs.

Henri PETIT.

Soixante-quatrième année N° 6 8 Février 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Travaux Originaux

L'Actualité scientifique

Partie professionnelle

Propos du Jour

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants............ 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

Nº 43. — A céder banlieue Paris, cabinet radiothérapie profonde. Agents physiques. Laboratoire. Confort moderne. Bel appart. , jardin. Ecr. Mme Sauvage, 9 *bis*, rue Boileau, Paris (XVIe). Tél. Jasmin 05.47.

Nº 44. — A louer, Paris (XIVe), hôtel particulier. Installation radio. Studio solarium, 18.500 francs plus charges. Ecr. Mme Sauvage, 9 *bis*, rue Boileau, Paris (XVIe). Tél. Jasmin 05.47.

Nº 45. — A vendre : électrocardiographe, pleuro-insufflateur (2.000 francs), radioportable, bascule Testut (3.600 francs), et autres instruments. Livres (encyclopédie médicale à continuer). Liste sur demande. Ecr. Mme Sauvage, 9 *bis*, rue Boileau. Paris (XVIe). Tél. Jasmin 05-47.

Nº 46. — A vendre : installat. R. X, contact tournant Ropiquet. Table basculante, meuble de commande scopie et graphie. Pied poste ampoule. S'ad. Bernadac, 40, rue Manessier, à Nogent-sur-Marne (Seine).

Nº 47. — Centre Paris, près grands boulev., 3 stat. métro, superbe appart. médical, 6 p., chambre de bonne, chauff. centr. indiv. A céder bonnes conditions, seul ou avec clientèle, bail 6 ans, location 13.000 nets. Ecr. pour renseign. Dr Poissenot, à Saint-Jacut-de-la-Mer (C.-du-N.).

Nº 48. — A vendre appareil ondes courtes Universonde (Chenaille et Raulot-Lapointe), très bon état (ondes courtes, diathermie, électro-coagulation). Dr J. Roux, 9, rue Laroche, à Albi (Tarn).

Nº 49. — A vendre, lit Dupont, état neuf. S'adr. Mme Lucas, 39, Grande-Rue, à La Ville-du-Bois (Seine-et-Oise).

Nº 50. — Maison de repos, reçoit pensionnaires valides, de situat. modeste. Dr Latour, à Chef-Boutonne (Deux-Sèvres).

Nº 51. — A céder de suite poste médical Paris. médecine générale. Conviendrait à jeune médecin anc. ext. ou non. S'adresser le matin à M. Vivien (Paul), interne, consultation de médecine. Hôpital Necker.

Nº 52. — Jeune étudiante, fille de docteur, cherche au quartier latin ou à proximité chambre de prix moyen, chauffée si possible. Ecr. Mme Boulanger, 37, rue de Bellefond, Paris (IXe).

Nº 53. — Docteur voulant prendre retraite, céderait à jeune confrère sérieux et célibataire poste très intéressant à la campagne, zone non occupée, centre ouest. Ecr. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 54. — Recherche pour clinique chirurgicale et obstétricale, instrumentation, lingerie, ainsi que tous livres chirurgie. Faire offre au Dr Robert Boquet, à Montayral (Lot-et-Garonne).

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81

Paris. — 5 pièces tout confort, ancienne clientèle quartier moyen, très bon rapport. Prix 30.000 fr.

Préfecture normande. — 5 pièces, loyer 7.500 fr. très gros rapport, prix moitié.

Pas-de-Calais. — Propharmacien ; grande maison bien installée, loyer 1.800 fr. très gros rapport. Prix 100.000 fr.

Province grande ville. — O. R. L. avec clinique de 5 lits, loyer total 15.000 fr., très gros rapport. Prix 130.000 fr.

Oise gros bourg. — Belle installation, loyer 45.000 fr., clientèle de 35 ans, très bon rapport. Prix 80.000 fr.

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10 de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aéine* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Laboratoire de l'**Aéine**, 6, place Clichy, Paris (9e).

Fumer est une habitude ; s'abstenir est un malaise ; oublier le tabac, et guérir le tabagisme, est un des rôles des tablettes de **Mangaïne**.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Silicyl réalise ou assure, seul, la médication siliceuse active dans toutes ses indications.

Action tissulaire antiathéromateuse. Diurétique. Déchlorurante. Abaisse T. Mxa et T. Mma. Consolidation accélérée des fractures (Sté Chirurgie, Paris 2/12/27).

Ne pas confondre **Silicyl**, gouttes, comprimés, ampoules 5 c. c. intrav., produit pur, actif, de formule biologique et sans adjuvant médicamenteux.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinique d'accouchements Tarnier* (89, rue d'Assas). — M. le Professeur L. PORTES a commencé son cours de clinique obstétricale et le continue les mardi, jeudi et samedi à 10 h. 30.

— *Chaire de pathologie expérimentale et comparée* (Professeur : M. Henri Bénard). — M. le Docteur André LEMAIRE, agrégé, a commencé ses conférences le jeudi 29 janvier 1942, à 18 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, et les continuera en février le jeudi, et, à partir de mars, les mardis, jeudis et samedis, à la même heure.

Sujet du cours : Etude expérimentale de quelques grands syndromes (digestifs, hépatiques, pulmonaires, rénaux, nerveux, vasculaires, etc.).

— *Chaire de physique médicale* (Professeur Strohl) et *Institut du Radium* (A. Debierne et A. Lacassagne, directeurs). — Enseignement de la radiologie et de l'électrologie médicales, organisé avec la collaboration des médecins électro-radiologistes des hôpitaux ; 2e partie : Radiophysiologie. Rœntgenthérapie. Curiethérapie.

Cet enseignement a lieu en janvier, février, mars, à la Faculté de médecine (cours), à l'Institut du Radium (démonstrations) et dans les hôpitaux (stages).

— *Cours de perfectionnement de biochimie médicale.*

— Programme des conférences ouvertes au public médical et scientifique :

Jeudi 12 février, à 18 heures : La vitamine K, par M. le Professeur Ch. SANNIÉ. — Mardi 17 février, à 17 h. 15 : Données récentes sur la structure chimique des protéines, par M. le Professeur agrégé P. BOULANGER (Exceptionnellement, cette conférence aura lieu à la Maison de la Chimie, 2, rue Saint-Dominique). — Jeudi 19 février, à 18 heures : Les toxines bactériennes, par M. le Professeur BOIVIN. — Jeudi 26 février, à 18 heures : Les médiateurs chimiques par M. le Professeur H. BÉNARD. — Jeudi 5 mars, à 18 heures : Sur la biochimie des anticorps, par M. le Professeur M. MACHEBŒUF. — Mercredi 11 mars, à 18 heures : Rôle biologique et physiologique du cuivre, par M. S. BRISKAS. — Jeudi 19 mars, à 18 heures : Transamination, macémisation de l'acide glutinique et cancer, par M. le Professeur POLONOVSKI.

Ces conférences seront faites à l'amphithéâtre du service de chimie biologique de la Faculté de médecine.

— *Clinicat.* — Les récents concours de clinicat se sont terminés par les nominations suivantes :

Clinique des maladies infectieuses : Mlle Lotte, MM. Domard et Morin.

Clinique cardiologique : MM. Chevalier et Guillemin.

Clinique médicale Bichat : MM. Welti et Robert.

Clinique médicale Saint-Antoine : M. Dos Ghali (à titre étranger).

Clinique chirurgicale infantile, Enfants-Malades : MM. Le Cœur et Rougier.

Clinique obstétricale Tarnier : MM. Guny et Robey.

Clinique médicale propédeutique : MM. Bellin et Imbona.

— *Transformation de chaire.* — M. MATHIEU, professeur de chirurgie orthopédique de l'adulte est nommé professeur de clinique de chirurgie orthopédique.

— **Ville de Cannes.** — *Bureau municipal d'hygiène.* — Un concours sur titres est ouvert pour le recrutement d'un Directeur du Bureau municipal d'hygiène.

Conditions à remplir : être âgé de 30 ans au moins et 40 ans au plus au 1er janvier 1942 ; répondre à toutes les conditions édictées par les règlements en vigueur sur l'accès aux emplois dans les Administrations publiques ; posséder diplôme d'Etat de docteur en médecine et diplôme d'hygiène.

Traitement : assimilation à un médecin-inspecteur adjoint de la Santé (décret du 8 octobre 1940, 33.000 francs à 42.000 francs), un an de stage. Montant des indemnités pour frais de déplacement et de mission ne pouvant excéder 30 % du traitement de base. Bénéfice des dispositions des lois, nos 4.633 et 4.635 du 31 octobre 1941.

Les inscriptions à ce concours doivent être adressées à M. le Maire de Cannes avant le 6 mars 1942. Les pièces à fournir seront indiquées sur demande.

— **Colonie de Dun-sur-Auron (Cher).** — Un poste de médecin assistant est actuellement vacant à la Colonie familiale d'aliénés de Dun-sur-Auron (Cher), zone non occupée. Traitement de 13 à 18.000 francs, plus 5.000 francs de supplément temporaire.

Indemnité de résidence, salaire unique, allocations familiales au cas échéant. Logement. Titularisation après 6 mois ou 1 an de stage. Avancement. (Urgent).

— **Naissances.** — Le Docteur Michel MOUTON et Madame, née Madeleine Gravinot, ont la joie de vous faire part de la naissance de leur fils *Jean-Loup*.
Bruyères (Vosges), le 10 janvier 1942.

— Madame et le Docteur Roger RUDNANSKY sont heureux de vous annoncer la naissance de leur fille *Evelyne*.
6 janvier 1942, 90, avenue du Maine, Paris (XIVe).

— Jacques et Pierre LEBLANC ont la joie de vous annoncer la naissance de leur petit frère *Michel*.
De la part du Docteur et de Madame Pierre Leblanc. Pré-en-Pail, le 8 janvier 1942.

— Le Docteur et Madame Jean GORSE sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille *Colette*.
Le 8 janvier 1942. 21, rue d'Edimbourg, Paris.

— Andrée, France, Expédite (Clermont-Ferrand, 6 juillet 1940) a la joie de vous annoncer la naissance de sa sœur *Anne, Marie, Espérance* (Paris, 4 janvier 1942).
P. C. C. Docteur et Mme Robert FASQUELLE. — « Le Pic du Midi », 18, route de Malabry, Le Plessis Robinson (Seine).
Le Concours médical est heureux d'adresser à Madame et au Docteur Robert Fasquelle ses plus sincères félicitations.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur AUBERT, de Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), décédé le 7 novembre 1941 ; du Docteur Louis GUIBERT, médecin légiste à Paris ; du Docteur Henri FRESSON, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de chirurgie.

— Le Docteur Pierre Bonnot et Madame Pierre Bonnot ont la douleur de vous faire part de la mort de Françoise BONNOT, leur fille, rappelée à Dieu, le 25 janvier 1942 à l'âge de 20 mois.
11, rue Ernest-Cresson, Paris (XIVe).

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué

Le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins communique :

Le ministre des Finances (direction générale des Contributions directes) nous informe que :

« L'article 9 de la loi du 31 décembre 1941 portant « fixation du budget de l'exercice 1941 fait une « obligation aux contribuables exerçant une pro- « fession non commerciale — particulièrement aux « médecins — de délivrer pour chaque payement « d'honoraires, à l'exception des payements effec- « tués par chèque nominatif, un reçu signé et « extrait d'un carnet à souches numérotées. Le « reçu et la souche correspondante doivent porter « le montant de la somme payée, la date du paye-

« ment ainsi que les nom et adresse de la partie « versante. Ces reçus sont d'ailleurs dispensés des « droits de timbre lorsqu'ils sont délivrés par un « médecin ou une sage-femme.

« Or, cette obligation étant entrée en vigueur « en principe, à partir du 1er janvier 1942, il importe « que les contribuables soient en mesure de s'y « conformer dans le plus bref délai.

« Sans doute, pour laisser aux intéressés le « temps de se mettre en règle avec la nouvelle légis- « lation, mon administration est disposée à admet- « tre que, pendant les premières semaines de 1942, « les encaissements d'honoraires soient effectués « sans délivrance de reçus. Mais cette tolérance ne « peut être accordée que pour un laps de temps très « réduit.

« Je vous serais très obligé de vouloir bien appe- « ler l'attention des médecins ainsi que des prati- « ciens et de toutes personnes relevant du Conseil « supérieur de l'Ordre sur cette nouvelle obliga- « tion, et inviter les intéressés à se procurer dans le « plus bref délai possible les carnets à souches « nécessaires. »

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Seine

Communiqués

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins rappelle à tous les médecins du département que les certificats médicaux délivrés à l'appui d'une demande de laissez-passer en zone libre doivent, d'après les instructions reçues, *obligatoirement* porter la mention :

« Maladie grave ne pouvant trouver le traitement nécessaire en zone occupée ».

***

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins communique qu'une nouvelle décision est intervenue concernant l'établissement des certificats médicaux pour l'obtention de « supplément de charbon-maladie » :

1° La mention diagnostic n'a pas à figurer ;
2° Le certificat médical doit spécifier :

— soit qu'il s'agit d'une affection aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à huit jours ;

— soit d'une affection aiguë fébrile d'une durée comprise entre huit et quinze jours.

Les médecins sont priés de se conformer à ces instructions.

***

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins fait savoir aux médecins qu'il n'a encore reçu jusqu'à ce jour aucun avis officiel concernant l'application de la loi du 31 décembre, ayant trait à la délivrance de récépissés d'honoraires médicaux (carnet à souche).

***

Carte « T » et Corps médical

Les médecins sont priés de se reporter au *Bulletin de l'Ordre* du mois de décembre 1941 (p. 264) et de faire parvenir d'urgence, le cas échéant, au Conseil départemental, 242, boulevard Saint-Germain, leur demande d'attribution de la carte « T ».



Circulation

La Préfecture de police nous communique :

« Chaque dimanche, les médecins, chirurgiens, sages-femmes, bénéficieront, sur présentation de la carte d'identité, du droit de priorité pour l'accès aux quais du métro, étant donné la réduction du nombre des trains ».

NÉCROLOGIE

Nous regrettons d'avoir omis d'adresser nos compliments de condoléances en annonçant le décès de M. le Professeur Moure, de Bordeaux, à M. le Docteur G. Liébault, de Quimper, ancien interne des hôpitaux de Paris. M. le Docteur G. Liébault était, comme M. le Professeur Portmann, gendre de M. Moure, dont il avait été le collaborateur et avait dirigé pendant assez longtemps la *Revue de Laryngologie.*

Suspension des Suppléments mensuels

Nous sommes dans l'obligation, en raison des restrictions apportées dans la consommation du papier, de suspendre temporairement la publication de nos suppléments mensuels documentaires. Nous nous en excusons auprès de nos lecteurs et espérons que cette interruption ne sera point de trop longue durée.

Pour saluer le carnet à souches

Le bloc à souches et le stylo au tablier, j'avais l'air très garçon épicier quand je tendis mon premier reçu fiscal.

Pour rassurer ma cliente ahurie sur mon état mental, je lui exposai la lumineuse histoire des dégrèvements.

— Quelle heureuse initiative, me dit-elle, le pharmacien qui me coûte bien plus cher que vous, va sans doute m'en donner un aussi.

— Non, Madame, le pharmacien est un honnête homme, au-dessus de tout soupçon. Il n'est tenu à rien.

J'eus bien du mal à persuader ma cliente que je n'étais pas un fraudeur et que cet humiliant reçu n'était pas une sanction fiscale individuelle.

Nous nous quittâmes en criant haro sur le pharmacien, cet empoisonneur privilégié.

Notre brave potard à qui j'exposai vertement le cas me console.

— Des reçus pour mes boules de gomme ? D'accord, mais je ne suis pas seul à en vendre, que Messieurs les épiciers commencent.

Nous nous quittâmes bons amis en criant haro sur l'épicier, cet affameur ventru.

Je ne suis pas allé chez l'épicier, car je sentais se reformer le cycle infernal des paperassiers douillettement installés dans leur fauteuil et que j'avais devant moi soixante personnes les pieds dans la neige, soixante personnes de ce bon peuple de France, de cette France qui pourtant avait le droit de revivre.

Dr L. H., Voignier.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Circulation automobile

Loi du 30 novembre 1941 portant organisation du Service de la circulation et du roulage dans les départements.

Cette loi institue dans chaque département un « Service de la circulation et du roulage ».

Ses attributions sont les suivantes :

— Organisation des transports ;
— Délivrance des « permis de circulation » ;
— Délivrance des licences d'achat de véhicules automobiles et des licences de transformation pour la marche aux carburants de remplacement ;
— Répartition des carburants et combustibles, lubrifiants, pneumatiques, pièces de rechange.

(*J. O.* du 24 janvier 1942).

Juifs

Loi du 10 décembre 1941 modifiant les articles 2 et 3 de la loi du 21 juin 1941 réglant les conditions d'admission des étudiants juifs dans les établissements d'enseignement supérieur.

Art. 1er. — Le dernier alinéa de l'article 2 et le dernier alinéa de l'article 3 de la loi du 21 juin 1941 sont modifiés ainsi qu'il suit :

« *Art.* 2 (dernier alinéa). — En outre, et par dérogation aux dispositions de l'article 1er, le secrétaire d'Etat dont relève la Faculté, l'Ecole ou l'Institut, peut, par arrêté motivé pris sur le rapport du commissaire général aux questions juives, admettre à s'inscrire ou à suivre les cours, les postulants dont la famille est établie en France depuis au moins cinq générations et a rendu à l'Etat français des services exceptionnels.

« *Art.* 3 (dernier alinéa). — Les décisions de la Commission sont motivées et les intéressés peuvent en prendre connaissance sur le registre des délibérations. Ils peuvent, dans le délai d'un mois, se pourvoir contre cette décision devant le secrétaire d'Etat dont relève la Faculté, l'Ecole ou l'Institut ».

(*J. O.*, 21 janvier 1942).

Décret du 26 décembre 1941 réglementant, en ce qui concerne les Juifs, la profession de pharmacien.

TITRE Ier

Pharmaciens en exercice

Art. 1er. — Le nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 admises à exercer la profession de pharmacien ne peut dépasser, dans chaque département, 2 p. 100 de l'effectif total des pharmaciens non juifs inscrits à la Chambre départementale.

Toutefois, leur nombre ne peut, en aucun cas, être supérieur à celui des pharmaciens juifs qui exerçaient à la date du 25 juin 1940, dans le département.

....

Seront maintenus par priorité, même si leur nombre dépasse la proportion fixée au paragraphe 1er ci-dessus, les pharmaciens en exercice avant la publication du présent décret qui satisfont à l'une des quatre conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941 en faveur des anciens combattants et des victimes de la guerre.

Pourront également être maintenus ceux de ces



pharmaciens qui, sans satisfaire à aucune de ces conditions, seraient, à la demande d'une chambre départementale et sur la proposition du commissaire général aux questions juives, désignés par arrêté du Secrétaire d'État à la Famille et à la Santé en raison du caractère éminent de leurs mérites professionnels.

....

(*J. O.*, 21 janvier 1942).

Décret du 26 décembre 1941 réglementant, en ce qui concerne les Juives, la profession de sage-femme.

TITRE Ier

Sages-femmes en exercice

Art. 1er. — Le nombre des personnes définies à l'article 1er de la loi du 2 juin 1941 admises à exercer la profession de sage-femme ne peut dépasser, dans chaque département, 2 p. 100 de l'effectif total des sages-femmes non juives en exercice dans ce département et figurant sur la liste prévue à l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892.

Toutefois, leur nombre ne peut en aucun cas être supérieur à celui des sages-femmes juives qui, à la date du 25 juin 1940, étaient régulièrement inscrites dans le département, sur la liste visée à l'alinéa précédent.

....

Seront maintenues par priorité, même si leur nombre dépasse la proportion fixée au paragraphe 1er ci-dessus, les sages-femmes en exercice à la date de la publication du présent décret qui satisfont à l'une des conditions prévues à l'article 3 de la loi du 2 juin 1941 en faveur des anciens combattants et victimes de la guerre.

....

(*J. O.*, 21 janvier 1942).

Médaille d'honneur des épidémies

Par arrêté en date du 29 décembre 1941, la médaille d'or des épidémies (à titre posthume) a été décernée à M. le Docteur Machoire (Yves), médecin de la Santé publique à Rabat (Maroc), décédé du typhus dans l'exercice de ses fonctions.

(*J. O.*, 19 janvier 1942).

Savon

Décision E. 6 du 30 décembre 1941, du répartiteur chef de la section des corps gras industriels

(Répartition des savons et produits à base de savon (besoins collectifs, usages industriels)

....

TITRE II

Attribution de savon pour le nettoyage du linge

1° Nettoyage du linge des collectivités

Art. 5. — Les établissements tels que : hospices de vieillards, asiles d'aliénés, hôpitaux civils et militaires, cliniques, maternités, communautés civiles et religieuses, établissements d'enseignement, pensionnats, colonies de vacances, établissements pénitentiaires et, en général, tous les établissements dans lesquels des pensionnaires sont titulaires de cartes d'alimentation individuelles et font un séjour d'un mois au moins, doivent employer, pour le nettoyage du linge de ces pensionnaires, les tickets mis à la disposition de ces derniers, conformément aux prescriptions de l'arrêté du 30 décembre 1941 relatif au ravitaillement de la population en produits détersifs fabriqués à partir d'acides gras ou résiniques.

Voir la suite page XXXV-207

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées à la consommation du papier, nous prions les auteurs de vouloir bien réduire le texte de leurs articles à QUATRE *ou* SIX *colonnes de notre journal.* (N. D. L. R.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentation de malades du 10 mai 1941 :

Deux réticents

Par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

(Rédigée par M. Paul NEVEU, interne du service)

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Les deux malades, que je vais vous présenter aujourd'hui, ont ceci de commun qu'ils ont fait preuve, pendant fort longtemps, d'une réticence extrême, qui, dans l'un comme dans l'autre cas, a pu poser des problèmes pratiques importants. Il faut bien savoir, en effet, que certains délirants parviennent à une dissimulation fort habile de leur affection en vue d'obtenir leur mise en liberté, et le clinicien doit s'attacher à mettre en évidence l'existence du délire, qui est une contre-indication formelle à la mesure de sortie, que des profanes pourraient s'étonner de ne pas voir prononcer.

I. — Un cas de réticence au cours d'un délire de filiation

Vous ne manquerez pas de remarquer chez Rudolph, le port hautain, l'attitude décidée, énergique, le regard direct, qui accompagnent une ressemblance assez frappante avec le masque napoléonien. Dans cette présentation vous avez déjà les principaux éléments du trouble mental, qui explique la présence de Rudolph dans le service : il a une attitude sthénique, son maintien traduit l'orgueil, les tendances mégalomaniaques, et enfin sa ressemblance vous met sur la voie de ses idées de filiation.

AU MALADE. — Il y a quelques mois, vous nous disiez n'être que Rudolph K..., mais depuis que, vous m'avez adressé une lettre, je vois que vous avez repris votre identité véritable. Pouvez-vous nous dire qui vous êtes ?

LE MALADE. — Parfaitement, Monsieur le Professeur, et, si vous le permettez, je suis même venu ici avec l'intention de rétablir les faits et de faire éclater la vérité. Je suis bien S. A. Impériale le Prince Joachim Napoléon Bonaparte, ainsi que pourra vous le confirmer le ministre des Affaires étrangères, qui m'a donné en 1925 un permis de séjour sous le nom de K..., car je n'avais pas le droit de séjourner en France sous ma véritable identité.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ainsi, il y a eu erreur sur votre identité. Mais pourriez-vous nous expliquer comment, vous qui êtes héritier d'un titre si important, et prétendez sans doute au trône de France, vous avez pu exercer l'humble métier de garçon coiffeur ?

LE MALADE. — C'est parce que j'ai vécu en amnésie jusqu'en 1936, et c'est à ce moment que j'ai commencé à me souvenir. Je peux vous raconter maintenant toute mon histoire. Je suis né en 1892 à Prangins, près de Lausanne, au château de mon père, le Prince Louis Napoléon Bonaparte ; son frère était le Prince Jérôme qui était marié à la Princesse Clémentine. Dans mon jeune âge, je fus transporté à Moravaska-Ostrava, et confié pour être élevé, à Jean K... et son épouse. Mon père véritable était alors gouverneur en Russie. Je fus élevé avec ma sœur de lait, Stéphanie, comme un enfant du pays, ne me doutant pas de mon origine. A seize ans, j'appris le métier de coiffeur, et à vingt ans, je vins avec ma sœur à Paris, où j'exerçais mon

◆◆

métier. Déjà, des gens très bien faisaient allusion à mon origine princière. Vint la guerre de 1914 ; je fus envoyé comme sujet autrichien dans un camp à Alençon, puis à Auray. C'est là qu'un Monsieur de la Police judiciaire vint m'expliquer que j'étais le Prince Napoléon et, du fait de ma majorité, possesseur d'une immense fortune. Je lui répondis que je laissais mon état de caisse à la disposition de la France pour la durée de la guerre, pensant qu'une somme de trois milliards constituait une aide sensible. Je remis à ce Monsieur un écrit daté et signé, mais je ne reçus jamais rien en contre-partie. Je trouvai alors du travail à Hennebont. Trois semaines après, des soldats me demandèrent si je voulais partir avec eux ; j'acceptai. On m'apporta une tenue complète et un livret militaire à mon nom de Prince Napoléon.

Nous partîmes pour le front et le lendemain je me trouvais en première ligne avec le 62e chasseurs, de la 4e division qui était très éprouvée. J'étais coupeur de fils de fer barbelés ; je fis de mon mieux. Ainsi je pris part aux attaques devant Reims et Tahure, faisant l'impossible. Quatorze jours de ce métier, et on m'annonce l'arrivée de trois régiments italiens pour me faire honneur, premier résultat sans doute de mes relations. En liaison avec ces régiments, devant Mooch, un jour qu'il fallait porter un pli de l'autre côté des lignes dans une maison désignée, j'en fis mon affaire. Je fus légèrement blessé par quelques éclats à la poitrine et je revins à mon poste, la mission exécutée. On m'a cousu le galon de sous-lieutenant en ligne. L'attaque s'ensuivit. Nous avançons et sur la place de Mooch, je tombe grièvement blessé. A l'endroit même, on m'érigea une stèle commémorative. En réalité, je fus transporté à Hennebont dans la nuit par des policiers en civil, qui retirèrent les éclats dont mon corps était criblé. Le lendemain, je me réveillais hélas ! amnésique, abandonné sans autres soins, dépouillé de mes vêtements militaires.

Plus tard, alors que j'étais enfermé au camp de prisonniers civils, l'occasion se présenta de m'embarquer en sous-marin à Lorient. Nous prîmes part durant six semaines aux combats navals des Dardanelles. A notre retour, survint un accident de machine, en plongée. Les hommes tombent sans connaissance, asphyxiés. Tenant seul debout, j'ai réussi la réparation et le renflouement de cette coque prisonnière. En sortant, je perdis connaissance en vomissant le sang. J'étais brûlé en différentes parties du corps. Descendu à terre, je retournai à Hennebont où je repris mon travail.

Après la guerre, je vécus en amnésie jusqu'en 1936. Je croyais être le fils de Jean K..., et j'exerçais mon métier, vivant avec insouciance. En 1933, je pris un engagement à la Légion et trois ans plus tard, j'eus une sorte d'empoisonnement qui dissipa peu à peu mon amnésie. Après ma libération, je me rendis au château de mon père, à Prangins, où je ne fus pas reçu, en raison du complot des bonapartistes. C'est pourquoi je me fis arrêter à Paris, pour grivèlerie, afin d'attirer l'attention des autorités sur mon cas.

M. Laignel-Lavastine. — Ce fut en effet un épisode médico-légal banal qui amena l'internement de ce malade ; mais il faut ajouter qu'il était déjà connu de la Préfecture de police depuis 1931 par les lettres qu'il adressait, dès cette époque, afin de réclamer la restitution de son identité véritable.

Pendant son internement, il exposa d'abord ses revendications et ses griefs. Puis, du mois d'octobre 1940 au mois d'avril 1941, il dissimula avec beaucoup d'habileté ce qu'il qualifiait lui-même d'idées de grandeur. Au lieu de nier l'existence de celles-ci, ce qui eût été maladroit, il résolut de faire croire qu'il était parvenu à une réduction de son délire. A ce moment, il fut soumis par moi-même et mes collaborateurs à des interrogatoires prolongés, inducteurs, mais il ne tombait dans aucun des pièges qui lui étaient tendus, répondant avec la même stricte logique : ce sont des idées, que je me suis forgées pendant que j'étais à la Légion. Les officiers du mess, où j'étais cuisinier, me plaisantaient parce que je ressemblais à Napoléon, et j'ai fini par le croire. Mais je me rends compte que c'étaient là des idées maladives, puisqu'il a fallu me mettre à l'asile. Je sais bien maintenant que je ne suis que Rudolph K..., le fils de Jean K... L'habileté, avec laquelle il se défendait, était telle qu'il en imposait à certains ; mais c'est justement cette habileté excessive, jointe à une véhémence, à une hypersthénie caractéristiques, qui nous a fait conserver notre diagnostic.

Au malade. — Pourquoi avez-vous ainsi nié votre véritable identité ?

Le malade. — Je voyais bien qu'on me croyait atteint d'idées de grandeur et je pensais qu'en affirmant être Rudolph K..., il me serait possible de sortir et de faire reconnaître enfin mes droits. C'est en voyant que mes démarches en ce sens ne donnaient aucun résultat que je me suis résolu à vous écrire pour réclamer ce qui m'est dû et je compte, Monsieur le Professeur, que vous voudrez bien m'aider à l'obtenir.

M. Laignel-Lavastine. — Pendant cette période de réticence, le malade fit de multiples démarches pour obtenir d'être mis en liberté. Il fit des adresses au Préfet de police, il sollicita sa dénaturalisation et son renvoi en Moravie, puis il demanda à être visité par un magistrat. Celui-ci, ébranlé dans sa conviction par les déclarations et la logique du malade, demanda un certificat de situation. Enfin, Rudolph ayant réclamé

qu'une action judiciaire fut ouverte, il sollicita et obtint l'assistance judiciaire. Mais, quelques jours plus tard, il adressait aux autorités et à moi-même trois lettres dans lesquelles il s'intitulait Prince Impérial et revendiquait de nouveau d'être rétabli dans tous ses droits.

C'est à la faveur d'un certain degré d'excitation intellectuelle que la réticence de ce malade a disparu. Il faut noter aussi le rôle de l'automatisme de l'écriture, qui lève parfois certaines inhibitions du langage oral, lesquelles empêchent quelques personnes de se confier de vive voix, alors qu'elles le font mieux par écrit. Enfin, vous avez vu que la présence d'une assistance nombreuse, peut, dans certains cas, surtout chez les délirants mégalomanes, revendicateurs, satisfaits de trouver un auditoire, diminuer la réticence au lieu de l'accroître.

II. — Réticence dans un délire de persécution et de grandeur

M. Laignel-Lavastine. — Le second malade vous montrera par son histoire à quel degré peut atteindre la réticence chez un homme intelligent, et quel délire, évoluant depuis plusieurs années, a pu se dissimuler, et se cache encore partiellement derrière une apparence remarquable d'intégrité mentale.

M. Henri est un homme de 49 ans, qui fut interné une première fois le 5 mai 1940 à la suite de circonstances rapportées dans le certificat suivant :

« Troubles de l'humeur et de la conduite. Irri-« tabilité. Perversions sexuelles probables. Pos-« sibilité d'idées délirantes de persécution : faus-« ses reconnaissances, peut-être hallucinations « auditives.

« Excitation psychique légère, avec euphorie. « Expose ses titres avec emphase. Récrimina-« tions acerbes, ironiques, hautaines. D'après « l'observation à l'Infirmerie et divers témoi-« gnages, semble entendre des voix et converser « avec elles.

« Depuis trois ou quatre ans, n'a pu s'occuper. « Situation importante, auparavant, en Amé-« rique du Nord ; a été congédié pour activité « scandaleuse. Avait convoqué une jeune fille de « la bonne société et l'aurait chassée dans la rue « en chemise. Revenu en France, s'est livré à « des excentricités analogues. Incident en juillet « 1938 : appels au secours chez lui, la police « arrive, on trouve du sang, une épée orientale « et un vase brisé. B... et la femme sont partis. « Il est arrêté quelques jours plus tard pour filou-« terie de taxi : il paie la somme réclamée.

« Plaintes des voisins à cause des mœurs scan-« daleuses et bruyantes du sujet. Dernier inci-« dent le 4 mai au matin : appels au secours ; la « police trouve une femme enfermée. Lui-même « était couché dans un autre appartement, tout « nu et le monocle à l'œil. Accueille le commis-« saire de police avec arrogance, demande à voir « des papiers, son mandat d'amener, etc.

(Dr Logre).

Pendant ce premier séjour à l'asile, l'attitude de M. Henri fit soupçonner chez lui l'existence d'un délire hallucinatoire sous-jacent, et deux de mes collaborateurs, après l'avoir interrogé longuement, obtinrent cet aveu : « J'ai beaucoup « habité l'Extrême-Orient. J'ai des facultés « étranges. On converse avec moi. C'est une ques-« tion d'atomes crochus. Il y a des léthargiques « qui sont éveillés. Je n'en dirai pas plus. Je ne « m'expliquerai pas davantage. C'est depuis « 1937, à la suite d'une soirée, en rentrant des « Etats-Unis, que j'ai eu des conversations. Ce « n'est que de la télépathie ».

Au malade. — Vous aviez aussi l'intention d'écrire un livre sur le pré-penser.

Le malade. — J'ai, en effet, habité longtemps l'Extrême-Orient et j'ai eu un moment l'intention d'écrire un livre sur ces pays, un livre intitulé : « Mes connaissances de l'Est » ; jamais je n'ai eu l'idée d'écrire sur le pré-penser, ainsi qu'on a prétendu me l'avoir entendu dire au cours d'un examen. Ce qui a été noté est absolument faux, et d'ailleurs, je ne sais de la télépathie que ce que vous-même ou tout le monde peut en connaître.

M. Laignel-Lavastine. — Vous constatez, chez M. Henri, une répugnance pour tout ce qui évoque les phénomènes psycho-sensoriels, dont on soupçonnait l'existence. Cette réticence sur ce sujet particulier s'explique par la mauvaise réputation de ces phénomènes dans le milieu où vivent nos malades, d'où leur réserve à ce sujet.

Au malade. — Mais votre conduite ne fut peut-être pas toujours exemplaire et en tout cas, n'entraîna-t-elle pas l'intervention de la police ?

Le malade. — Ce ne fut là qu'un incident ridicule et qui a été beaucoup exagéré ; je fus victime d'une sorte de chantage. Mais, je vous fais observer que, si j'ai mené, comme bien d'autres, une vie un peu libre de célibataire, favorisée par les exigences de ma profession de publiciste, il n'y avait pas là un motif suffisant pour m'interner.

M. Laignel-Lavastine. — Au bout de quelques mois, cette réticence habile fit que M. Henri, paraissant guéri, fut remis en liberté sur la demande de sa famille. Mais, ayant recommencé à faire des excès éthyliques, il présenta, de nouveau, des troubles graves de la conduite, qui motivèrent son deuxième internement avec le certificat suivant :

« Est atteint de déséquilibre constitutionnel. « Alcoolisme chronique. Perversions instinctives, « d'ordre sexuel et vraisemblablement selon un « mode sadique. Déchéance sociale. Interné du « 5 mai 1939 à février 1940. Sortie obtenue « sur l'insistance de la famille et l'engagement de « le surveiller. Reprend sa vie de publiciste « bohême ; comportement bizarre ou scandaleux « en divers lieux publics (cafés, restaurants). « Considéré comme singulier partout où il a élu « domicile ».

Revenu dans le service, il se montre extrêmement réticent, éludant avec habileté les questions, auxquelles il ne répond jamais directement. Il adopte un récit, fixe dans sa forme, qui lui permet de nier ou de minimiser les faits auxquels on fait allusion. Il garde constamment une attitude méfiante, et sous une apparence d'indifférence hautaine, il conserve une vigilance constante qui oriente le diagnostic ; mais, en dehors de cette attitude, rien ne permet d'affirmer le délire. Et voici que, depuis quelques jours, il écrit de nombreuses lettres révélatrices.

Au malade. — Je vois que vous avez résolu enfin de prendre possession de vos titres et de vous défendre de vos ennemis.

Le malade. — Je signe mes lettres du titre de duc de B..., car ce titre me fut octroyé en 1912 par l'Impératrice de Russie, Alexandra Féodorovna, qui me nomma également son aide de camp, puis chevalier-garde.

M. Laignel-Lavastine. — Mais comment se fait-il que vous nous ayez caché si longtemps ces hautes distinctions ?

Le malade. — Je ne l'ai jamais dissimulé, je vous ferai remarquer que vous ne m'avez jamais demandé si j'étais duc de B... D'ailleurs, ce sont des choses que je n'étais pas tenu de révéler. Mais maintenant, j'ai compris que ma détention illégale dans cette prison était due à l'existence d'un dossier noir à la Préfecture de police. C'est contre ce dossier noir que je me défends aujourd'hui, en écrivant des lettres, qui constitueront le dossier de ma défense.

M. Laignel-Lavastine. — Mais vous y accusez de désertion, de vol d'identité de hautes personnalités ; sur quoi fondez-vous votre conviction ?

Le malade. — Je l'ai appris par des conversations depuis longtemps déjà. On a essayé de prendre mon titre. Ma sœur essaie de faire croire que j'ai commis un inceste. On prétend qu'une princesse est ma fille, car je connais sa mère, la duchesse de G... qui tient une librairie. Il y a ici des gens que j'ai connus autrefois, M. S..., qui est lord, n'est autre que le compte de B..., mais seul, j'ai droit au titre de B... C'est pourquoi j'ai écrit aux Ambassades, afin de demander que ce titre ne soit pas accordé à un autre. Ce sont là des faits extrêmement importants et j'espère que justice me sera bientôt rendue.

M. Laignel-Lavastine. — Remarquez l'importance de ce délire chronique, qui est maintenant parvenu à la période, déjà très avancée, des idées de grandeur. En fait, il est permis de supposer que le délire a commencé vers 1936. A cette époque, le malade, alors aux Etats-Unis, fut trouvé errant dans la rue, en pyjama, et placé en observation dans un service de psychiatrie. Depuis, son attitude fut toujours bizarre. Il parlait parfois, avec beaucoup de vraisemblance, de ses fiançailles avec l'héritière d'une fortune considérable, mais ce récit était absolument faux. Des renseignements nous confirment qu'il parlait souvent seul, appelant un chien imaginaire.

En somme, il s'agit bien ici d'une psychose hallucinatoire chronique dissimulée. Les troubles de la conduite, attribués, non sans raison d'ailleurs, à l'alcoolisme et à un certain déséquilibre mental, étaient, en fait, en rapport avec le délire.

Ces deux malades vous ont montré avec quelle prudence il faut prendre des décisions dans le cas où l'on peut à bon droit soupçonner qu'une guérison n'est qu'apparente. Et vous voyez le rôle de préservation sociale du clinicien, qui doit se guider davantage sur les signes objectifs du délire, l'attitude, le ton affectif, que sur l'expression du contenu délirant, qui n'est qu'un élément pittoresque que la réticence peut dissimuler.



LES TROUBLES DE LA CIRCULATION PÉRIPHÉRIQUE ET LES HORMONES SEXUELLES

Les hormones sexuelles, la folliculine surtout, paraissent exercer sur la circulation périphérique, une action extrêmement puissante que le praticien a tout intérêt de bien connaître et d'utiliser dans une série importante d'états pathologiques, où les vaisseaux présentent un défaut de réglage, sans qu'il y ait toujours insuffisance gonadique avérée.

Il n'y a d'ailleurs pas lieu d'être surpris que ces hormones gonadiques et, plus spécialement l'hormone folliculaire, aient des relations étroites avec les troubles de la circulation. On sait, depuis longtemps en effet, que les acrocyanoses et les engelures s'observent surtout chez les jeunes filles, qui semblent présenter un certain degré d'insuffisance ovarienne, susceptible, d'ailleurs, de s'amender avec les années en même temps que les engelures disparaîtront. Au cours de ces dernières années, Villaret a beaucoup insisté la-dessus, en conséquence des importantes recherches consacrées par lui à la pression veineuse. Mais cette constatation était restée assez théorique, étant donné que les simples extraits ovariens, dont on disposait jusqu'ici, n'étaient pas doués d'une activité suffisante pour agir d'une façon nette sur ces affections. Depuis que nous disposons des hormones à l'état de pureté, sous la forme d'œstrone ou de benzoate d'œstradiol, il en est autrement parce qu'on arrive à administrer les doses vraiment actives.

C'est ainsi que l'un des premiers, Teitge, a observé que des injections d'hormone folliculaire déterminaient une sensation de chaleur dans les extrémités. R.-M. Reynold et F.-I. Forter ont établi, de leur côté, que l'hormone folliculaire fait augmenter le volume des doigts.

L'étude microscopique des anses capillaires de la matrice unguéale, a fait voir, elle aussi, que, dans l'espèce humaine, ces hormones gonadiques ont une action objectivement constatable. Sous leur influence, on voit en effet ces anses se dilater d'une façon nette, et la circulation s'accélérer (O. Müller).

D'autres expériences précises ont été faites, parmi lesquelles on peut citer celles de Mac Grath, Ratschow et Klostermann, qui ont montré que, chez le rat, la gangrène de la queue provoquée par le tartrate d'ergotamine, peut, dans certaines conditions, être prévenue par l'administration concomitante ou subséquente d'hormone folliculaire. Au cours de ces recherches, il fut également établi que l'hormone féminine se montre plus active chez les femelles, alors que l'hormone masculine serait plus active chez le mâle. Remarquons tout de suite que, cliniquement, chez l'homme et chez la femme, il ne semble pas en être tout à fait ainsi, et que l'hormone folliculaire semble supérieure au point de vue activité sur la circulation périphériqne. On s'expliquerait ainsi les faits singulièrement intéressants signalés par M. Racine, H. Reboul et G. Oger qui, chez trois malades atteints d'artérite des membres inférieurs, n'ont trouvé, dans l'urine, aucune trace de folliculine.

Dans ces conditions, il était tout indiqué de faire des recherches cliniques, d'abord sur les engelures et l'érythrocyanose malléolaire ainsi que sur les acrocyanoses exacerbées par le froid. Bien des auteurs purent constater qu'un résultat net était obtenu par des injections d'hormone ovarienne. Mais cependant avec les corps, dont nous disposons et qui ne sont peut-être pas aussi physiologiques qu'on le croit d'ordinaire, la concentration du principe actif au niveau des extrémités n'est facile à atteindre ni par la voie buccale, ni par la voie sous-cutanée. On y arrive mieux, par application locale, qui permet à l'hormone d'agir, semble-t-il, *loco dolenti*.

Les recherches ne se sont pas bornées à ces troubles tout à fait superficiels, mais se sont étendues à des désordres circulatoires plus profonds, et notamment aux affections qu'on classe sous le nom de maladie de Raynaud, à la claudication intermittente, à la sensation de doigts morts et aux affections douloureuses (paresthésies, algies, etc.), qui paraissent liées à des angiospasmes plus ou moins localisés. L'endangéite oblitérante rentre également dans les affections traitées avec succès par le principe actif de la gonade. (M. Racine, H. Reboul et G. Oger)

Parmi les troubles circulatoires, il en est beaucoup qui entraînent des ulcérations, notamment ceux qui surviennent après la ménopause où après la castration artificielle. On observe alors des phénomènes qui sont précisément l'inverse de cette turgescence, de cette imbibition des tissus, de ce véritable épanouissement, qui caractérisent la gestante et qui sont en relation avec une saturation de l'organisme par la folliculine. Effectivement, la disparition de l'incrétion ovarienne a pour conséquence une atrophie de tous les organes sexuels secondaires avec disparition des coussins adipeux, diminution de la turgescence et surtout de la vascularisation susceptible d'entraîner des lésions graves comme le kraurosis de la vulve et l'esthiomène. Or, dans ces affections qui, en dernière analyse, doi-

◆◆◆

vent être considérées comme la conséquence directe de troubles circulatoires, l'hormone folliculaire, fournie par les méthodes modernes de préparation, donne des résultats très remarquables, bien mis en évidence, notamment par Kaufmann.

Mais il est d'autres lésions plus ou moins analogues, qui ont également fait l'objet de recherches thérapeutiques avec les mêmes hormones. C'est d'abord l'ulcus gastroduodénal, dont on considère toujours davantage qu'il est lié à un défaut local de la circulation. Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette affection, figure surtout W. Parade, qui a eu l'occasion de traiter 40 malades. Les résultats ont été, semble-t-il, meilleurs avec l'hormone ovarienne qu'avec l'hormone testiculaire, et obtenus sans qu'on ait eu concurremment recours à un régime ou aux autres méthodes thérapeutiques en usage.

L'ulcère des rayons Roentgen bénéficie également de ce traitement. Il en est de même de l'ulcère variqueux.

Le traitement de l'angine de poitrine par l'hormone folliculinique a été également étudié dans diverses publications dont les conclusions sont favorables à la méthode (Zarday). La migraine, que les cliniciens considèrent toujours davantage comme un spasme artériel, paraît également être favorablement influencée par l'hormone sexuelle (F. Bühler).

Signalons, enfin, l'hypertension qu'on a essayé de traiter par l'hormone folliculaire avec des résultats intéressants, tout au moins dans les formes dues à l'angiospasme. Pour Ratschow, cette action serait attribuable à une neutralisation de l'hormone post-hypophysaire, qui élève la pression sanguine.

Jusqu'ici, il n'a été question que des hormones naturelles, l'œstrone et le benzoate d'œstradiol. Mais, comme on le sait, d'autres substances sont douées d'une activité identique. Tels sont les polymères de l'anol, le dioxystilbène et le diéthylstilbène, dont les propriétés pharmacodynamiques présentent des analogies vraiment très profondes avec celles des hormones naturelles. Les différences qui ont été signalées sont négligeables et il semble même que, finalement, ces corps synthétiques soient plus actifs que la folliculine, notamment au point de vue de l'irrigation périphérique. Les travaux consacrés à l'emploi de ces corps dans les troubles de la circulation périphériques sont d'ailleurs extrêmement nombreux. Citons ceux de Kohner (claudication intermittente, ulcération de l'endangéite oblitérante, migraine), de Wagner (ulcérations chroniques, ulcère des rayons Roentgen, ulcères variqueux), de Kühnau (érythrocyanose, perniose, etc.).

Les doses employées à l'intérieur, quand il s'agit d'hormone naturelle, sont de 10.000 unités benzoate internationales, soit 1 milligramme de benzoate d'œstradiol, en injection, tous les deux jours. Les pommades sont, en général, dosées à 1.000 unités internationales par gramme et on peut en appliquer plusieurs grammes *loco dolenti* par jour.

Quant aux stilbènes œstrogènes, bien meilleur marché que l'hormone naturelle, ils peuvent être pris à l'intérieur — méthode qui n'est guère applicable avec la folliculine — avec passablement de liquide, pendant les repas, à la dose d'un demi milligramme, ou, au plus, un milligramme par jour ou tous les deux jours. Les pommades qui sont généralement dosées à 0,1 %, s'appliquent à la dose de quelques grammes par jour.

Si on recourt à la testostérone, on tiendra compte que 25 milligrammes de cette substance, équivalent à 1 milligramme de benzoate d'œstradiol.

Il semble, en somme, que le praticien dispose là d'une méthode thérapeutique efficace dans une série d'affections vis-à-vis desquelles on était jusqu'ici fort désarmé.

P.-E. MORHARDT.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Troubles paralytiques et sensitifs consécutifs à la résection de l'artère iliaque primitive chez un sujet jeune

Chez un malade, porteur d'un sarcome ostéogénétique inopérable du fémur, rapporte P. LOMBARD, la résection de la veine et de l'artère iliaques externes amènent une disparition immédiate des douleurs ainsi que des modifications dans les caractères cliniques de la lésion.

La radiothérapie intensive, employée tout d'abord ne fournit pas le résultat recherché et l'évolution ne fut pas ralentie. L'amélioration ne fut que très passagère. La résection de la veine et de l'artère iliaque primitives, ensuite pratiquée, procura un nouveau soulagement, mais entraîna une parésie du membre avec anesthésie en botte d'égoutier ; ces deux troubles furent passagers.

L'ischémie, qui suit habituellement la section de l'iliaque primitive, paraît avoir été prévenue ici par la section première de l'iliaque externe, d'une part, par la section simultanée de la veine d'autre part. Tout paraît s'être réduit à un trouble purement fonctionnel, lié au changement d'équilibre circulatoire au niveau des terminaisons nerveuses, des plaques motrices et sensitives. La topographie de l'anesthésie suivant un mode circulaire en atteste le caractère régional. (*L'Algérie chirurgicale*, septembre 1941)

Evolution des idées pour rendre l'accouchement moins douloureux et en abréger la durée

Dans un exposé historique, P. DEVRAIGNE constate que, de tout temps, des efforts ont été tentés dans le but d'arriver à ce résultat. Après les bons résultats obtenus par le chloroforme, les progrès réalisés par la chimie ont mis au jour de nouveaux médicaments. Mieux armés que leurs prédécesseurs, les accoucheurs modernes ont renoncé à l'ergot de seigle trop longtemps néfaste et ils ont appris, après des tâtonnements et bien des échecs liés à l'emploi de doses trop fortes, à bien manier l'extrait de post-hypophyse, et à combiner des médicaments variés, puis des méthodes nouvelles pour diminuer la longueur de l'accouchement.

Bref, c'est une revue des analgésiques (chloroforme, morphine, scopolamine, etc.), puis des ocytociques, mis à part les excitateurs mécaniques (frictions sur l'utérus, massages, douches vaginales, etc.) ; et l'auteur en arrive à l'accouchement médical, à l'accouchement dirigé. A ce propos, certains ont voulu battre en brèche tous les avantages, qui résultent d'une rupture non prématurée de la poche des eaux, notamment en ce qu'elle n'est pas nécessaire à la dilatation du col. Cependant, finalement, le traitement systématique dirigé (rupture artificielle, spasmalgine, puis éventuellement hypophyse) ne peut être admis que pour 25 à 30 % des parturientes ; chaque cas doit être traité individuellement. Il ne faut pas diriger (dans la crainte de complications imprévisibles, mais rares) artificiellement tous les accouchements, en privant le fœtus de la protection du sac amniotique et en injectant à la mère des poisons médicamenteux ; on ne pourrait ainsi que contrarier dans les cas normaux le mécanisme naturel de la parturition. (*La Médecine*, octobre 1941).

Vitamines et psychiatrie

Le Docteur RONDEPIERRE fait une étude complète de cette question. Le rôle des vitamines, dit-il, est avéré dans certains troubles mentaux (psychose pellagreuse, par exemple) ; dans nombre de psychopathies, on le soupçonne et, pour quelques-unes d'entr'elles, il vient même d'être démontré. La plupart des carences en vitamines ne peuvent être recherchées couramment au laboratoire, et le sens clinique restera presque toujours le seul juge. Le diagnostic est donc rarement facile ; c'est pourquoi on n'a pas encore fait, semble-t-il, à la vitaminothérapie en psychiatrie, la part qui lui revient peut-être, l'étiologie avitaminique paraissant très vraisemblable en pareils cas. Sans doute, de hautes doses de vitamines sont-elles nécessaires, quand l'organisme a perdu la faculté d'en assimiler la petite quantité habituelle, car il s'agirait ici d'une carence d'utilisation ; celle-ci serait d'ailleurs aussi importante que la carence vitaminique des régimes alimentaires insuffisants ou mal équilibrés.

Toutefois, dans le traitement des psychoses, les vitamines ont fait leurs preuves pour au moins trois d'entr'elles : vitamine B1 dans l'alcoolisme aigu et subaigu ; vitamines B1 et C dans l'encéphalite psychosique azotémique, vitamine E dans les psychoses puerpérales non infectieuses. (*Gaz. méd. de France*, 1er novembre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Lésions bénignes et cancer du sein

(M. Henri HARTMANN ; 12-11-1941)

M. Hartmann apporte sur cette question les résultats de l'examen d'un nombre important (il dépasse la centaine) d'observations personnelles. De l'ensemble de ces observations, il apparaît que, souvent, diverses lésions de nature bénigne précèdent ou accompagnent le développement d'un épithélioma.

— M. ROUHIER estime également que les tumeurs dites bénignes du sein sont susceptibles de se transformer en tumeurs malignes. On peut, à son avis, tirer de la communication de M. Hartmann trois conclusions : 1º ne jamais considérer une tumeur bénigne du sein comme complètement bénigne, s'il n'en a pas été fait un examen total, dans toutes ses parties ; 2º ne jamais manquer d'enlever les tumeurs, même d'apparence bénigne, du sein et ne jamais sous-estimer le danger d'une dureté quelconque dans la glande mammaire ; 3º enlever ces tumeurs toujours largement et sans les ouvrir, avec tout le segment glandulaire qui les contient.

— M. BRÉCHOT établit une certaine distinction entre les diverses tumeurs bénignes du sein au point de vue des dégénérescences cancéreuses. Il n'a pas le souvenir d'avoir vu dans sa carrière un adénome ou adéno-fibrome, ayant nettement les caractères de bénignité, suivi de cancer quand, après ablation large, l'examen histologique n'avait décelé aucune cellule suspecte. Il n'en est pas de même pour les diverses formes cliniques de mammite chronique, pour la maladie kystique de Reclus, ou pour la mammite noueuse. Toutes ces formes de mammites chroniques ont un caractère diffus et inflammatoire et c'est parmi elles qu'il n'est pas exceptionnel de voir des débuts de dégénérescence.

— M. SAUVÉ insiste sur un point : l'examen histologique, malgré les erreurs possibles, reste le seul critère de la bénignité ou de la malignité d'une tumeur du sein.

— M. MOULONGUET note tout l'intérêt de la communication de M. Hartmann sur le sujet, difficile entre tous, des rapports des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes du sein. Pour ce qui concerne la maladie de Reclus, M. Hartmann a apporté la preuve de la transformation possible de ces lésions de dysmastie, d'altérations endocriniennes des seins, en cancer. La question qu'il faudrait trancher encore est celle de la fréquence de cette évolution maligne. Tous les chirurgiens ont suivi des malades atteintes de maladie kystique de Reclus et cela pendant des années, sans qu'il soit apparu chez elles aucun signe d'épithélioma mammaire. On ne peut donc considérer la maladie de Reclus comme une lésion précancéreuse, ce terme impliquant une tendance évolutive accusée vers le cancer.

— M. DESMAREST remarque qu'un cancer peut se développer sur une glande présentant des lésions de mammite. Celles-ci sont d'une grande fréquence pour qui s'attache à l'étude des poussées congestives liées à l'hyperfolliculinie, mais cela ne saurait permettre d'en conclure que les noyaux fibreux ou kystiques peuvent évoluer vers la transformation cancéreuse. Le plus grand nombre de ces lésions, dit M. Desmarest, n'appartiennent pas à la chirurgie, et sont justiciables d'un traitement hormonal.

Considérant le rôle de l'hyperfolliculinisme, en pareille circonstance, l'auteur ajoute que les poussées congestives des seins de l'hyperfolliculinisme finissent fréquemment par créer des lésions anatomiques caractérisées tantôt par des glandes épaisses, irrégulières, denses, tantôt par des masses plus nettement distinctes (maladie noueuse et maladie kystique). Un traitement hormonal approprié a des chances de faire rétrocéder les lésions.

La discussion qui vient ainsi d'avoir lieu à l'Académie de chirurgie sur cet important sujet des relations des tumeurs bénignes et des tumeurs malignes du sein, sans permettre des conclusions définitives, a cependant appelé à nouveau l'attention sur certains points intéressants de la question.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Bactériémie d'origine dentaire à « fusobacterium biacutum »

(MM. A. LAPORTE, H. BROCARD et Mme BOUVIER ; 22-8-1941)

Il existe encore beaucoup d'incertitudes sur la nature exacte d'un grand nombre d'infections générales d'origine bucco-dentaire. Dans le cas rapporté, l'affection avait une allure si torpide, ses signes locaux étaient si discrets qu'elle évoquait plus une tuberculose pulmonaire, une endocardite maligne lente qu'une infection générale d'origine dentaire. C'est dire l'importance, au cours d'un état fébrile mal caractérisé, d'explorer les grands foyers habituels d'infection, sans oublier ni méconnaître les suppurations latentes péri-dentaires.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

L'obligation où nous nous trouvons de réduire nos colonnes pour faire face à la pénurie de papier, nous a déterminés à changer l'ordre de nos articles, à mettre le PROPOS DU JOUR *en tête de la Partie professionnelle du journal et à le confondre ainsi avec le* BULLETIN D'ACTUALITÉ. *Nous nous excusons auprès de nos lecteurs de bouleverser leurs habitudes.*

J. N.

LE FISC VINDICATIF

De la défunte République, l'actuel Etat français a hérité du bon et du mauvais.

Le bon, on nous le tient certainement en réserve afin que nous le savourions un jour dans la joie sans mélange de citoyens longuement déshabitués des douceurs.

Le mauvais, nous est servi sans délai, car la pénitence est notre lot et plus elle sera sévère plus nos directeurs de conscience nous assureront que le salut est proche.

C'est ainsi que le fisc, avec ses façons inquisitoriales et vexatoires n'a hélas ! rien appris ni rien oublié. Tenace et aveugle autant que ses rancunes, sournois en outre comme un gabelou à l'affût, il nous a patiemment mijoté un petit plat empoisonné et, par ironie sans doute, nous l'a présenté sous forme d'étrennes. En réchapperons-nous ? C'est à voir ; nous ne sommes après tout que des médecins, et si les cordonniers sont les moins bien chaussés, les médecins se sont toujours soignés fort mal. Et puis la technique de notre agresseur s'est perfectionnée depuis qu'il se fait la main sur nos humbles carcasses.

Car vous vous souvenez, mes malheureux confrères, de son dernier esclandre. Ce n'est pas d'aujourd'hui que nous sommes en butte aux agressions fiscales ; si, dans un vil esprit de vengeance, nous avions rendu la pareille à Messieurs les collecteurs d'impôts, chaque fois qu'il nous en est tombé un sous la patte, la race en serait éteinte depuis longtemps. Plus d'un contribuable, à coup sûr, soutiendrait ce coup sans faiblir.

Vous vous souvenez, n'est-ce pas ? qu'il y a 7 ou 8 ans nous avions essuyé l'attaque foudroyante d'un ex-contrôleur des Contributions directes qui s'était juré de nous tenir à sa merci. A la tribune de la Chambre où l'avaient hissé des électeurs égarés, il avait réclamé que les médecins français délivrassent à chaque client et pour chaque acte médical un reçu extrait d'un carnet à souches. Ces reçus devaient à la fin de la journée être reportés sur un livre-journal et ce, «*sans blancs ni rature* » exigeait le texte impérieux.

En outre, le contrôleur, pour vérifier la déclaration du médecin, serait en droit de demander communication du carnet et du livre-journal. Le tout assaisonné des sanctions les plus sévères contre les délinquants, comme il se doit chaque fois que le fisc daigne adresser la parole à cette racaille de contribuables.

Les médecins, conscients de leur indignité, représentèrent que c'était encore leur accorder trop de confiance que leur laisser tenir hors d'une surveillance constante ce carnet à souches, ce livre-journal où ni les blancs, ni les ratures, ni sans doute une mauvaise écriture ne seraient tolérés et où les colonnes de chiffres devraient probablement être alignées au cordeau comme sous la plume d'un comptable-né. En conséquence, ils demandaient qu'un contrôleur fût adjoint à chacun d'eux ; ce serait, comme qui dirait, son âme damnée, sa conscience de contribuable, rendant désormais radicalement impossible tout trafic clandestin.

Le Parlement se sentit quelque peu ridicule et abandonna le carnet à souches. Mais il tint bon pour le livre-journal dont nous sommes, depuis, légalement affublés lorsque nous comparaissons devant l'impitoyable contrôleur.

***

Du moins, avions-nous pu, en 1934, faire débouter le fisc d'une partie de ses prétentions.

Mais il a depuis appris l'efficacité de l'attaque brusquée et c'est en ouvrant notre journal, le 1er janvier dernier, que nous avons appris les perfidies qu'il était parvenu à glisser dans la loi de finances. C'est exactement son plan de 1934 qui se trouve réalisé. Mais comme il a obtenu, en outre, que les Caisses d'Assurances sociales lui signalent les sommes touchées par chaque médecin, comme les Compagnies d'assurance sont depuis longtemps tenues de lui déclarer les honoraires supérieurs à 1.000 francs en matière d'accidents du travail, comme l'Assistance médicale gratuite et les soins aux pensionnés de guerre sont financés par des caisses publiques, il se trouve ainsi en possession de tous les éléments souhaitables pour nous pressurer à son aise. Il a juré que les professions libérales lui rapporteraient 100 millions de plus et que sur ces cent millions, les médecins en paieraient 90. Il aura ses 90 millions, n'en doutons pas, même au prix de quelques saisies ou d'autres procédés aussi gracieux. Car au taux de 16 % (plus 5 % de Contribution nationale extraordinaire) qui nous est imposé (alors que la cédule des traitements et salaires est à 8 % seulement), la note à payer montera vite. Si cette année, nous gardons encore notre montre et notre chemise, faut-il s'attendre à ce que la prochaine loi de finances y mette bon ordre ?

***

J'ai assez conscience du moment actuel pour m'abstenir de toute violence. Mais on ne peut cependant laisser passer de telles attaques sans esquisser au moins une défense. Serait-elle sans espoir qu'elle est nécessaire pourtant ; nous aurions l'air, autrement, de donner raison au fisc qui nous traite en filous.

Il faut pourtant s'entendre ! Si une administration d'Etat nous crache de cette façon son mépris et sa rancune, que signifient les belles paroles et les compliments à nous adressés par d'autres administrations d'Etat pour nous extorquer des tarifs réduits ? Lesquels ont raison, de ceux qui nous traitent en commerçants véreux et dignes d'être astreints à la chiourne, ou de ceux qui louangent notre altruisme et notre désintéressement à l'égard des pauvres et des malheureux ?

L'Etat a pris avec nous de singulières habitudes et, soit qu'il nous traite mal, soit qu'il nous traite bien, nous exploite dans les deux cas.

Le dernier exemple est d'hier ; une loi du 27 novembre 1941 vise à « améliorer les prestations des Assurances sociales en ce qui concerne la famille du prisonnier ». Rien n'est plus légitime ni plus souhaitable ; et les médecins trouvent naturel de ne prendre à la femme et aux enfants d'un prisonnier que la somme même dont ceux-ci sont remboursés par les Assurances sociales.

Mais pourquoi, en vérité, croire que seuls les médecins sont dignes de concevoir et de pratiquer ce devoir de solidarité nationale ?

Il me semble qu'à la place des boulangers, des bouchers et des marchands de charbon, je me sentirais piqué au vif et je voudrais que l'Etat me réclamât les mêmes sacrifices. Car eux seuls sont en mesure de pratiquer une solidarité large et équitable parce que s'adressant à toutes les infortunes semblables. Une famille de prisonniers peut fort bien, en effet, n'être pas malade et le médecin n'aura pas l'occasion de marquer à celle-là sa sympathie. Mais une famille de prisonniers a certainement besoin de manger et de se chauffer. Pas une n'échapperait à la bienfaisance du boulanger.

Et la loi ne fait pas mention du boulanger ! Drôle de loi à qui échappent les besoins essentiels et quotidiens d'une famille.

Il était si simple de dire « Par analogie avec la disposition précédente les boulangers, bouchers et marchands de charbon céderont à la famille du prisonnier les denrées et marchandises par eux distribuées au prix coûtant et sans prélever de bénéfice ».

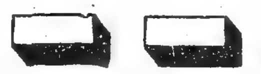
Mais voilà : autant il paraît naturel aux pouvoirs publics de compter sur la générosité des médecins, autant leur semble improbable le désintéressement des commerçants.

Chacun cependant vit de son travail. Et nous n'en sommes pas encore, même les plus sobres d'entre nous, à nous nourrir de l'air du temps.

Ces dernières dispositions législatives trahissent une indéniable acrimonie du fisc à notre égard.

Il est regrettable que la loi, dont la première vertu doit être la sérénité et le souci de la justice, se laisse aller à de tels écarts.

G. Lavalée.



CRITIQUE DES ÉTUDES MÉDICALES ET PROJET DE RÉFORME

La crise des études médicales en France connaît plusieurs causes : crises de moralité, d'autorité et de discipline et manque d'organisation.

La médecine comme toutes les autres professions libérales a souffert du mal du siècle. On a voulu la liberté sans borne ; on a trouvé l'anarchie. Celle-ci visible à tous les échelons.

Ce sont certains professeurs insouciants qui négligent l'enseignement clinique et abandonnent leurs élèves aux mains d'assistants dont la valeur pédagogique n'a pas toujours été vérifiée. Ce sont quelques patrons qui apparaissent dans leur service, furtivement, tard dans la matinée, souvent de méchante humeur. Ce sont certains étudiants, enfin, qui devant de trop nombreux exemples propres à développer en eux les mauvais instincts d'égoïsme, de facilité, de paresse et de débrouillage, à cause de l'absence de contrôle et la carence des sanctions désertent les cours et les services hospitaliers du matin, tentent de frauder autant qu'ils le peuvent, n'apparaissent de façon épisodique que lorsqu'il est impossible de faire autrement, souvent exercent des professions étrangères à la médecine pour amortir leurs frais d'études et vivre pendant ce temps.

Cette crise de moralité, si importante soit-elle, n'est pas la seule. On peut citer entre autres, en premier lieu, le nombre exagéré, illimité des étudiants, appelant, sans délai, l'établissement d'un *numerus clausus* ; en second lieu, le fait que les facultés ont complètement perdu de vue leur rôle principal, unique presque, qui est de pourvoir au recrutement et à la formation des *médecins praticiens.*

La médecine est l'art de soigner les maladies. Les facultés dans leur désir d'augmenter la qualité de leur enseignement ont surchargé, sans cesse, le nombre des disciplines et le temps consacré à chacune d'elles. Malheureusement, le mieux est l'ennemi du bien. Tout le fatras indigeste dont on gave l'étudiant, tout au long, loin de faire de lui un Pic de la Mirandole, l'empêche de s'adonner à l'étude de la vraie médecine et lui fait trop souvent oublier ce qui doit rester toujours sa principale occupation : le malade.

Actuellement, à leur arrivée à la faculté, les étudiants se répartissent en deux groupes : ceux qui concourent et puis... les autres.

Les premiers vont négliger systématiquement, pendant plusieurs années, leurs études régulières pour ne faire que du bachotage. Leurs présences à l'hôpital, aux séances de travaux pratiques à part, (celles qu'il n'y a aucun moyen d'éviter), aux cours, sont réduites au minimum. Toute l'activité de l'élève ne tend que vers la « conférence » et sa préparation.

Un vieux proverbe dit que le temps perdu ne se rattrape pas ; il est d'une vérité absolue dans le cas présent, car on n'apprend bien la médecine qu'en voyant le plus possible de malades — on n'en voit jamais trop. Il ne faut point comparer le profit que peut tirer un élève d'une matinée d'hôpital avec la préparation d'une « belle question ».

Lorsque ces candidats ont atteint leurs buts et obtenu qui l'externat, qui l'internat, ils n'ont plus qu'une préoccupation, peut-être louable à leurs yeux, mais certainement mauvaise du point de vue de leur formation médicale, c'est de se consacrer exclusivement à la spécialité qu'ils ont choisie et de marquer une indifférence et une ignorance voulues pour tout ce qui n'est pas cette spécialité. D'autres, plus ambitieux, passent encore des années, dans des services encombrés, où leur but est surtout de tenter d'obtenir l'appui de patrons ou de futurs patrons.

Ainsi un interne ou un externe peuvent tout ignorer, à la fin de leur scolarité, de ce qui n'est pas absolument dans l'axe de leur activité quotidienne. Je dis absolument car même le stage d'obstétrique que la faculté a rendu obligatoire, avec la participation effective de douze accouchements, certifiés par le chef de service, peut très bien être escamoté. Grâce à quelques amicales complicités, le certificat est obtenu avec peu ou prou de présence.

Quant au deuxième groupe : les autres !! ce vil troupeau qu'on nomme en langage universitaire, les stagiaires et en argot hospitalier, les roupioux ; ceux-là vont s'apprêter à suivre docilement les nombreux et divers services où le bon vouloir et la fantaisie des secrétaires de la faculté vont les envoyer alternativement et successivement.

Ils sont, alors, accueillis avec plus ou moins d'indifférence ; ils sont la foule, ceux qui encombrent les salles, les couloirs, les chantiers opératoires, ceux dont on ne sait jamais que faire, dont peu s'occupent, qui passent, qui écoutent, mais à qui il est interdit de toucher.

C'est avec une semblable organisation qu'un candidat peut arriver à la fin de ses études, jusqu'aux cliniques (et ils sont nombreux ainsi ! !) sans avoir *jamais* exécuté même une seule fois un des nombreux actes de pratique courante, (ponctions lombaire, veineuse, d'ascite ou de pleurésie, cathétérisme de l'urèthre, injection intra-veineuse, anesthésie générale, réductions de fracture ou de luxation, touchers rectal ou vaginal corrects, ouverture d'abcès).

C'est à peine croyable, mais c'est rigoureusement vrai.

D'autre part, il y a, en fait, une crise réelle de l'enseignement dans son essence même.

1° Celui des spécialités est trop volontairement exclusif et autonome. On s'ingénie à mettre des œillères de plus en plus larges sur les yeux des étudiants intéressés ; tous leurs regards ne sont dirigés que dans un sens. Il semble que le but est de ne leur apprendre, et encore mal et sans méthode, l'art de traiter et de guérir un certain nombre de maladies, en négligeant le plus possible, l'individu, l'organisme sur lequel évoluent ces maladies ;

2° La manière, elle-même, d'enseigner pour la presque totalité des services cliniques doit être réformée complètement. Trop souvent, elle est défectueuse, insuffisante quand il ne faut pas dire inexistante. Certains maîtres semblent croire qu'il est vulgaire d'apprendre les rudiments, ils ne veulent pas s'astreindre à des besognes si terre-à-terre, ils en chargent quelquefois un de leur assistant, mais comme aucun contrôle n'a lieu, le plus souvent tout enseignement est négligé.

Il est exorbitant de penser que, dans ces services, les novices sont peu à peu familiarisés avec les actes courants, journaliers de la spécialité, grâce à la bonne volonté de quelques camarades, pédagogues bénévoles, que personne ne surveille. L'arrivée d'un nouveau contingent d'externes passe le plus souvent inaperçue (sauf la perturbation que ce changement apporte dans la marche routinière du service). Personne ne s'occupe d'eux, ils errent dans les couloirs, dépaysés. Les plus débrouillards, ceux qui ont le plus d'aplomb, s'emparent, résolument, d'un ou plusieurs malades sans aucun contrôle et vogue la galère ! !

Voilà le procès rapidement instruit, quels remèdes peut-on proposer ?

Précisons, d'abord, ce qu'il faut modifier, transformer ou créer.

I. — *En ce qui concerne les étudiants.*

a) Créer un concours d'entrée pour réduire le nombre des candidats ;

b) Imposer une discipline de travail, d'assiduité ;

c) Réformer complètement le recrutement et l'emploi des internes et externes avec la suppression des stagiaires.

II. — *En ce qui concerne les programmes.*

a) Organisation standard de tous les enseignements que ce soit celui de la médecine générale, comme ceux des spécialités ou des sciences paramédicales ;

b) Augmentation importante de la part accordée à la médecine générale qui doit prendre, dans l'avenir, une place prépondérante ;

c) Hiérarchisation des diverses spécialités et fixation de la durée de leurs stages respectifs, en tenant compte de leur importance et des difficultés techniques de leur enseignement. Obligation *pour tous* de faire le stage prévu, dans chaque spécialité dite obligatoire ;

d) Réduction des cours théoriques magistraux et de la quantité des matières enseignées dans les sciences paramédicales.

III. — *En ce qui concerne le corps enseignant.*

Exiger de tous des qualités pédagogiques éminentes. Les professeurs qui ne voudront pas ou ne pourront pas se consacrer avec attachement et amour à leur fonction d'enseignement seront affectés à divers instituts de recherches et de travail.

I. — En ce qui concerne les étudiants.

Nous prétendons que tout concours quelqu'il soit, doit être préparé.

Dès qu'il est reçu bachelier, le candidat s'inscrit à la faculté de médecine ; c'est elle qui va être chargée de la préparation de ce concours avec un personnel spécialisé placé sous sa dépendance. Les études durent un an, les programmes rappellent ceux d'un P. C. B. modifié et adapté à sa véritable destination, qui est de préparer des candidats en médecine.

Ainsi, dès sa sortie du lycée, l'élève sera aussitôt plongé dans une atmosphère médicale et ne connaîtra plus cette petite escapade dans les fourrés de sciences ayant des rapports lointains, souvent, avec l'art médical.

Cette année préparatoire comprendra des cours théoriques et beaucoup d'exercices pratiques — colles, interrogations, examens trimestriels permettant de suivre le candidat pas à pas.

Le concours portera sur l'ensemble des matières enseignées. On tiendra également compte du carnet scolaire, de l'avis des professeurs et des moyennes de l'année pour établir le classement définitif.

Nous ne pouvons pas savoir encore si ce concours sera national ou régional. Ceci dépendra, à notre avis, des décisions des Pouvoirs publics.

Pour notre part, nous donnerions la préférence à une répartition provinciale. Nous aimerions que chaque province, dans la mesure du possible, fût dotée d'une Académie comprenant une faculté de médecine entre autres, qui refléterait l'originalité, le tempérament, la culture, l'esprit, l'intelligence, le caractère propres au type local. Il serait bon de créer, si cela n'existe pas déjà, auprès de chaque Académie, une Cité universitaire, centre d'attraction, de soutien et de réconfort pour les étudiants et agrémentée de terrains de jeux, de culture physique, d'athlétisme et d'une piscine.

Il sera dévolu à un organisme officiel, soit le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ou le Secrétaire d'Etat à la Santé (si le recrutement est

national) soit, par exemple le Directeur régional de la Santé (s'il est provincial) la mission de faire connaître le nombre de places mises au concours compte tenu de tous les renseignements fournis par les Conseils départementaux de médecins et les services officiels compris dans les limites de la région ou de la province.

Entrée réelle en première année d'études. — Pour rendre plus clair l'exposé, nous prendrons un exemple.

Dans le courant de l'année, le Directeur de la Santé de la province de X. fait savoir que 150 places seront mises au concours pour l'entrée à la Faculté de médecine.

En même temps, l'Administration hospitalière de la ville, chef-lieu de province, annonce qu'elle dispose pour l'année de 60 places d'internes. La durée des études étant de six ans, ceci fait dix places pour chaque année de scolarité.

Le concours a lieu, les résultats sont proclamés : pour cette première année, sont nommés internes les dix premiers du classement ; externes, les 140 autres.

Tous sont répartis par les soins du secrétariat, d'accord avec le directeur du personnel, de l'Administration hospitalière, dans les divers services.

Donc suppression complète des stagiaires. Tous les matins : présence obligatoire de tous les étudiants dans leurs hôpitaux respectifs, puisque chacun assure un service pour lequel il est rétribué.

L'après-midi : de 2 heures à 4 heures : travaux pratiques ; de 4 heures à 6 heures : cours théoriques magistraux.

Tous les trimestres ont lieu des examens, colles, interrogatoires, à l'hôpital, au laboratoire, à l'amphithéâtre, dans les salles de travaux pratiques.

Le livret scolaire doit être le document qui suit l'élève dans toutes ses activités et peut fournir, à tout moment, un reflet exact de sa valeur, de son travail, de son intelligence, de ses aptitudes. Les notes sont relevées par trimestre ; les Professeurs ou assistants y consignent leurs observations à la fin de chaque stage.

Comme les années précédentes, l'Administration hospitalière fixe le nombre de places vacantes d'internes au moment des concours.

Supposons que cette année, il y en ait 66, soit 11 par année.

A la fin de chaque année scolaire, il y a un *concours de passage* qui porte sur toutes les matières enseignées.

Dans tous les concours qui vont se succéder tout au long des études, pour l'établissement du classement, il est toujours tenu compte non seulement des points obtenus aux épreuves, mais aussi des moyennes de l'année et des observations des professeurs.

Pour être admis, il faut obtenir une moyenne fixée d'avance.

Les résultats proclamés, tous ceux qui ont atteint la moyenne sont autorisés à entrer en 2e année et parmi ceux-ci les 11 premiers sont nommés, pour l'année qui vient, internes.

Supposons encore, que parmi les 139 autres, 8 élèves n'aient pas obtenu la moyenne, les 131 étudiants qui, eux, l'ont atteinte sont nommés externes.

En octobre, un concours de repêchage permet aux huit étudiants ajournés de racheter leur échec. Ceux qui n'auront pu le faire seront exclus définitivement des facultés de médecine.

Avec cette organisation, c'est par sa valeur et ses qualités personnelles, uniquement, que l'étudiant assurera son classement annuel.

Les étudiants qui auront été externes pendant toute leur scolarité seront tenus, pendant toutes les semaines de la 6e année, d'assurer des gardes de nuit, dont le nombre sera fixé par la Faculté. Ils assisteront les internes titulaires et se familiariseront avec les thérapeutiques de cas d'urgence. Evidemment, comme pour tous les actes scolaires, ces présences seront strictement contrôlées.

Le titre d' « ancien interne des hôpitaux de la Faculté de X... » ne sera accordé qu'à celui qui aura, par exemple, assuré les fonctions pendant trois ans.

Quant au titre d'ancien externe, il n'aura pas de raison d'être conservé, puisque tout étudiant en médecine qui n'aura pas le titre d'interne aura été obligatoirement externe.

Les élèves sauront qu'ils seront surveillés sans cesse, qu'aucune défaillance ne passera inaperçue. Leurs maîtres les connaîtront individuellement, les suivront, pourront porter un jugement d'ensemble sur chacun d'eux.

Il sera créé ainsi un corps homogène d'élite, mis dans l'obligation de rendre au maximum dans toutes les branches et de maintenir ses moyennes pendant toute la durée des études. On pourra envisager par la même occasion un statut de l'étudiant, qui aidera celui-ci à vaincre plus facilement les rigueurs de la vie : les internes, en plus de leur traitement, plus substantiel que celui d'aujourd'hui, bénéficieront du logis, de l'entretien et du couvert. Quant aux externes qui ne toucheront que leur traitement, relevé lui aussi, il faudra prévoir pour eux des bourses qui seront accordées autant d'après la situation de fortune du candidat que de ses notes de travail.

Il est bien entendu, que toutes ces dispositions ne concernent que les étudiants français, postulant le diplôme d'Etat.

Pour les étudiants étrangers, les portes des Facultés resteront largement ouvertes, mais en qualité d'*auditeurs seulement.* Ils pourront postuler le diplôme d'Université qui ne pourra *jamais*, sous aucun prétexte, *être transformé en diplôme d'Etat.*

(A suivre) Dr SAPET (Nice).

MAISON MÉDICALE CORPORATIVE OU COOPÉRATIVE ?

PAR QUELS MOYENS L'ORDRE PEUT-IL FAVORISER LA CRÉATION DE CENTRES DE DIAGNOSTIC ET DE SOINS ?

Nous avons déjà exposé que les médecins pouvaient, de leur seule initiative particulière, fonder une Maison médicale, par le mécanisme de la société civile. Le Docteur Blairon nous a indiqué, comment selon lui, la Corporation médicale pourrait et devrait, dans l'intérêt de la profession, fonder et gérer des Maisons médicales dont elle serait propriétaire. La Corporation propriétaire de ses instruments de travail ?-Séduisante perspective, mais à réalisation bien hypothétique et en tous cas lointaine ! L'Ordre n'a pas les pouvoirs nécessaires pour la mise en œuvre d'un tel programme. Il faudrait attendre une réforme de sa structure pour amorcer le projet du Docteur Blairon.

Rien ne peut-il donc être fait par l'Ordre dès maintenant que de regarder d'un œil intéressé les efforts dispersés de quelques médecins novateurs ? Tel ne paraît pas être l'avis du Conseil supérieur, puisqu'il vient de donner mission aux Conseils départementaux d'étudier la transformation des dispensaires et policliniques en « Centres de diagnostic ».

Aussi voudrions-nous aujourd'hui envisager suivant quelles règles l'Ordre, usant de ses prérogatives actuelles, pourrait favoriser l'éclosion de « Centres de santé » plus nombreux, plus complets, mieux outillés que ceux qui seraient dus à des initiatives individuelles.

Posons d'abord en principe que ce qu'il fut possible aux Syndicats de réaliser — exceptionnellement, il est vrai — doit être plus aisé à l'Ordre, beaucoup mieux armé qu'eux. Des expériences comme celles de Périgueux (1937), de Villeneuve-Saint-Georges et de Nice (1938), ne doivent pas être oubliées par qui veut aujourd'hui faire besogne utile. Il faut aussi mentionner, créé par un groupe particulier de médecins, le Centre parisien de diagnostic médical de la rue Andrieux qui, sauf erreur de notre part, est le doyen de toutes les Maisons médicales, puisque né en 1920, il fonctionne encore aujourd'hui.

Les divers domaines d'action d'un Centre de Santé

Déterminons d'abord quelle pourrait être sa compétence d'attribution ; sera-t-il Centre de soins ou seulement Centre de diagnostic ? Le Conseil supérieur, du moins présentement, paraît n'envisager la création que de Centres de diagnostic. Selon lui, ces établissements « ne devraient pas faire de concurrence aux médecins traitants sur le plan de la médecine de soins et devraient se cantonner exclusivement dans un rôle de recherches séméiologiques variées ». A Nice comme à Paris, n'ont fonctionné que des Centres de diagnostic. A Villeneuve-Saint-Georges et à Périgueux, par contre, de véritables Centres de soins furent créés.

Pour notre part, nous pensons qu'il n'y aurait que des inconvénients à limiter l'activité d'une Maison médicale à la seule recherche du diagnostic. Quel est le but poursuivi ? Une compression des frais généraux d'exercice et un abaissement corrélatif du prix des actes médicaux. Les malades seront unanimes à convenir qu'une économie leur est aussi utile sur le coût des soins que sur celui du diagnostic.

Mais voici l'objection du Conseil supérieur : « le Centre de soins risque de concurrencer le médecin traitant ».

Réponse : il devra être bien spécifié lors de toute fondation de ce genre que le rôle du médecin traitant devra être scrupuleusement respecté ; qu'aucun malade ne devra être examiné ou soigné que sur demande écrite d'un médecin traitant ; que le résultat de tout examen devra être communiqué à ce dernier, qui aura le choix et exercera la surveillance de tout traitement de spécialité.

Le Centre de soins ne devra pas comprendre une Clinique ou Maison de santé. Pour quelle raison ? Depuis la création du Comité d'organisation des Maisons de santé, ces établissements ne ressortiront plus au domaine exclusivement médical, mais bien, pour une part, au domaine commercial, et pour l'autre, au domaine administratif. La création et l'aménagement d'une Clinique ne seront plus libres, mais devront s'inspirer des directives du Comité d'organisation et surtout de celles du ministre de la Santé publique qui a fait aux Maisons de santé privées, une place bien délimitée dans son plan d'organisation générale hospitalière du pays. Or nous entendons nous borner ici à l'étude de ce que la profession médicale est libre d'organiser dans la plénitude de ses attributions. Des conventions entre Maison médicale et Clinique pourront d'ailleurs résoudre, au mieux des intérêts de tous, les problèmes de l'opération et de l'hospitalisation des malades.

Quelles sont donc les spécialités qui devraient être pratiquées dans tout Centre de santé ? Celles qui sont officiellement reconnues par le Conseil supérieur de l'Ordre, y compris la consultation chirurgicale et la petite chirurgie, à l'exception de la grande chirurgie.

Quelle serait la zone d'action territoriale d'une Maison médicale ?

La cellule de base de toute l'organisation pourrait être le Centre cantonal, dans les régions de population assez dense. Dans celles de population clairsemée, un Centre pourrait suffire pour deux ou trois cantons. Au chef-lieu d'arrondissement, un ou deux Centres pourraient être créés suivant l'importance de la localité. Dans les grandes villes, le nombre des Centres pourrait être proportionnel au chiffre de la population, la circonscription de chaque Centre devant être délimitée, sans que néanmoins puisse résulter de cette délimitation des atteintes au principe du libre choix du spécialiste qui doit demeurer entier.

Quelle serait la clientèle de la Maison médicale ?

Les indigents et nécessiteux pourraient y avoir accès. On nous objectera qu'ils constituent la clientèle naturelle de l'hôpital. Mais sa destination essentielle est de les héberger et non de les examiner et soigner. La consultation externe des hôpitaux serait désencombrée ? Où sera le mal ? Des clauses spéciales devront être prévues à cet effet dans le règlement départemental d'assistance.

Les assurés sociaux, y compris les assurés assistés, constitueraient une fraction importante de la clientèle de cet établissement, et ce, d'autant plus que la loi du 6 janvier 1942 vient de recruter de nouvelles classes d'assurés sociaux en portant de 30.000 à 42.000 francs le salaire limite pour l'affiliation obligatoire aux Assurances sociales. Des conventions devraient donc être passées entre les Centres de santé et les Caisses d'assurances sociales. Les accidentés du travail y seraient aussi dirigés.

Les classes moyennes non assurées sociales, seraient aussi les clientes normalement désignées des Maisons médicales. Il serait d'ailleurs opportun, pour leur en rendre plus familier et moins coûteux l'accès, de les grouper par la fondation de Caisses médico-chirurgicales mutuelles dont le Docteur Vignoli souhaitait récemment (1) la création en série sous l'égide de l'Ordre. Des conventions seraient également passées entre Caisses mutuelles et Maisons médicales.

Seule la clientèle très aisée devrait être laissée aux installations individuelles.

Son organisation intérieure

Deux conceptions de base sont possibles :

— le Centre appelé souvent, par une curieuse opposition de mots, « Centre éparpillé », c'est-à-dire uniquement le Centre administratif, formule adoptée par le Centre de diagnostic radiologique de Nice. Cette formule avait le double inconvénient de supprimer le libre choix du spécialiste par le malade, lequel était en effet adressé par le Centre à un des spécialistes adhérents, suivant un roulement invariable établi à l'avance — et de ne pas réaliser de concentration effective d'appareillage et de frais généraux, puisque l'organisation matérielle et technique, constituée par l'ensemble des installations de chaque membre adhérent, restait dispersée.

— le Centre dit « construit », c'est-à-dire à la fois administratif et technique, formule adoptée par les Centres de Paris, Villeneuve-Saint-Georges et Périgueux et qui est certainement de beaucoup la plus satisfaisante. Elle a cependant l'inconvénient, d'être plus difficile à mettre en œuvre. Trouver le matériel nécessaire est un premier obstacle ; réunir les fonds destinés à son achat en est un autre. Mais il ne faut pas oublier que l'Ordre aurait des moyens d'investigation et des moyens financiers supérieurs à ceux d'un particulier. Il pourrait obtenir, et cela paraît être son plan, la transformation des dispensaires et policliniques en Centres de santé. L'installation matérielle serait ainsi facilement trouvée et un correctif serait apporté à une concurrence souvent âprement antidéontologique.

Son statut juridique

Chaque Conseil départemental de l'Ordre pourrait-il être propriétaire des diverses installations centralisées de son ressort ? Et pourrait-il lui-même en assumer la gestion par l'intermédiaire de ses divers membres ? Lorsque la Corporation sera devenue une réalité, une telle solution serait juridiquement possible, mais ne serait d'ailleurs pas souhaitable. La gestion d'établissements de ce genre demande de la continuité de vues et de la stabilité dans le personnel dirigeant. L'une et l'autre ne pourraient être obtenues de membres des Conseils sujets à renouvellement tous les six ans.

Aujourd'hui, en tous cas, ni le Conseil supérieur, ni les Conseils départementaux n'ont capacité, aux termes de la loi du 7 octobre 1940, pour posséder et gérer eux-mêmes des Centres de santé. L'article 17 de cette loi prévoit au contraire qu'ils devront se remettre de ce soin à « *des organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite qui devront être créés dans chaque département* ».

Les Centres de soins seraient donc la propriété d'un organisme créé par l'Ordre, mais juridiquement distinct de lui. Quelle forme juridique devrait revêtir cet organisme ? Deux solutions : association régie par la loi du 1er juillet 1901 ; ou société civile coopérative de production à capital variable, régie par le titre III de la loi du 24 juillet 1867.

La forme association aurait l'avantage de per-

(1) *Concours Médical*. 2 et 9 novembre 1941.

mettre au Conseil de l'Ordre d'adhérer à cet organisme, et de participer directement à sa gestion. Elle aurait un double inconvénient : 1° elle prêterait le flanc à discussion, quant à sa régularité juridique, car l'association, aux termes de la loi de 1901, doit « *avoir un but autre que celui de partager des bénéfices* ». Or, un Centre de soins, devrait pouvoir répartir en fin d'exercice, une portion au moins des bonis réalisés, après paiement des frais généraux. D'aucuns pourraient donc dire, reprenant une vieille polémique, que ces centres, poursuivant un but lucratif, ne peuvent être constitués sous forme d'association ; 2° Le Centre de santé, association ne jouirait que d'une capacité juridique restreinte, à moins d'être reconnu d'utilité publique. L'Ordre pourrait, il est vrai, par ses démarches, tenter d'obtenir une reconnaissance d'utilité publique au profit des Centres de soins, mais ce serait une tâche considérable et non nécessairement couronnée de succès.

Nos préférences iraient donc à la Société civile coopérative de production à capital variable. Ces sociétés ont, en effet, légalement pour objet *la mise en commun du capital et de la main-d'œuvre nécessaires pour la fabrication de produits quelconques que les associés revendent et dont ils se distribuent le prix, déduction faite des frais généraux* ; le but positif visé par ces sociétés étant de répartir entre leurs adhérents, au prorata des opérations par eux faites, la plus grande partie sinon la totalité des bonis ou trop perçus : ce qui est exactement le but cherché par les Centres de soins, avec ce correctif que les soins devraient être donnés en principe au prix coûtant, et que si un prélèvement peut être fait sur les bonis, ce devrait être, après paiement des frais généraux, au profit des œuvres corporatives de l'Ordre, de la Caisse des retraites par exemple.

Si nous remplaçons dans la définition rapportée ci-dessus, les mots « *fabrication de produits quelconques* » par « *fourniture de services médicaux* », nous aurons, mot pour mot, défini ce que devrait être l'objet social de nos Centres de soins.

Il est d'ailleurs à remarquer qu'une forme spéciale de coopérative, les sociétés coopératives d'artisans, régies par la loi du 27 décembre 1923, cadrerait parfaitement avec les sociétés dont nous préconisons la fondation. Sans doute, dans l'état actuel des textes, il est impossible d'utiliser ce plan pour un but autre que celui expressément visé par la loi, mais, nous rappelant les points de comparaison qui existent au point de vue économique et social, entre l'artisan et le médecin, nous suggérons à l'Ordre de tenter d'obtenir du législateur, la promulgation d'un texte spécial donnant aux sociétés coopératives de médecins le cadre et les avantages dont jouissent actuellement les sociétés d'artisans.

Sans attendre ce texte, il est néanmoins possible de fonder dès maintenant des sociétés adéquates au but poursuivi. Ces sociétés seraient *civiles* : elles devraient donc remplir les conditions que nous avons dégagées dans notre article du 28 décembre, et être constituées entre les différents spécialistes qui seront appelés à pratiquer au Centre, les médecins traitants n'en devant pas faire partie. Elles seraient *coopératives*, en ce sens que les spécialistes adhérents seraient intéressés à y travailler au maximum afin d'augmenter le total de leurs honoraires et de diminuer corrélativement les frais généraux. Elles seraient *à capital variable* — et ceci est le plus gros avantage de cette formule — c'est-à-dire qu'à chaque départ ou décès d'associés, la société ne devrait pas être dissoute comme dans le cas d'une société civile ordinaire, mais continuerait avec les autres associés ; les héritiers du décédé devenant, s'il y a lieu, créanciers de la société.

Le contrôle de l'Ordre devrait être formellement prévu. Ce serait à la fois un contrôle financier, technique, et déontologique. La société devrait statutairement s'y soumettre, les modalités en étant déterminées par accord entre l'Ordre ou son délégué et le Centre.

Les médecins traitants devraient être suffisamment attirés vers ce Centre par la qualité, la rapidité, le bon marché des examens et soins et la parfaite correction déontologique des adhérents. Si des prélèvements étaient opérés sur les recettes au profit de la Caisse des retraites, ils auraient aussi la satisfaction de collaborer à une œuvre professionnelle qui leur serait collectivement mais directement utile.

Ainsi que nous l'avons vu, le rôle de l'Ordre serait donc d'obtenir dans ce domaine une législation spéciale adéquate ; et dès maintenant, de procéder à la création des Maisons médicales, de collaborer à la rédaction de leurs statuts, de leur faciliter la mise en marche en leur procurant le matériel nécessaire, de contrôler leur activité et leur gestion, de recruter leur clientèle.

Avant de parvenir à l'état stable et cohérent que nous venons de tracer dans l'abstrait, il faudra passer par bien des tâtonnements. Des intérêts particuliers pourront être dans certains cas légèrement et passagèrement sacrifiés. C'est pourquoi, il faudra agir prudemment et lentement. Des essais doivent être tentés dans des secteurs bien déterminés, avec des directives et un but précis, et la mise au point une fois faite, l'Ordre aura devant lui un vaste champ de rénovation professionnelle.

Pierre Douriez.

Directeur-Gérant : G. Lavalée

Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

Art. 6. — Les besoins en savon non prévus à l'article 5 ci-dessus destinés au nettoyage du linge des établissements visés à cet article, à l'exception des établissements militaires, et au nettoyage du linge de tous les établissements soumis au contrôle des médecins inspecteurs de la santé dans les départements, sont centralisés au début de chaque période de quatre mois, par ces derniers, qui transmettent un état de ces besoins au répartiteur chef de la section des corps gras industriels de l'Office central de répartition des produits industriels. Toutefois, dans le département de la Seine, le rôle dévolu au médecin inspecteur de la santé est assuré par le Directeur départemental du ravitaillement.

De la même façon, les besoins analogues des hospices et des hôpitaux militaires de l'armée ou de la marine sont centralisés dans le cadre de chaque région militaire ou maritime, par le directeur régional du service de santé.

2º Nettoyage du linge des établissements intéressant l'hygiène.

Art. 7. — Les demandes de savon pour le nettoyage du linge des établissements intéressant l'hygiène, tels que bains-douches et établissements thermaux, sont groupées par les comités d'organisation régissant ces établissements ou, à défaut, par le groupement professionnel en tenant lieu.

....

4º Nettoyage du linge des œuvres d'assistance.

Art. 9. — Les demandes de savon pour le nettoyage du linge des œuvres d'assistance sont groupées par le service central du Secours national.

....

Art. 21. — La présente décision entrera en vigueur le 1er janvier 1942.

(*J. O.* du 18 janver 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

La relève des médecins prisonniers. — Au Conseil supérieur de l'Ordre. — La subtile vengeance des Caisses d'Assurances sociales. — La responsabilité des médecins d'hôpitaux publics. — Encore les allocations familiales.

Le secrétariat d'Etat à la Santé publique a fait le 29 janvier 1942, aux représentants de la presse médicale une importante déclaration au sujet de la relève, des médecins prisonniers.

Nous nous bornerons dans ce numéro, à donner les quelques renseignements suivants :

Sur le nombre total de médecins prisonniers, on compte environ un tiers de médecins militaires de carrière. Les autorités allemandes ont autorisé la relève des médecins âgés de plus de 40 ans ou pères d'au moins quatre enfants.

Leur relève sera assurée par des médecins militaires de carrière, par des médecins civils volontaires et enfin par des médecins civils désignés par la Commission de protection des intérêts des médecins de réserve prisonniers, créée près du Conseil supérieur de l'Ordre.

A ce jour, 22 médecins militaires de carrière ont été désignés par le service de santé, 9 volon-

taires civils se sont présentés. Il reste donc encore à trouver quelques médecins, pour permettre la relève de cette première catégorie de prisonniers.

Quinze jours sont nécessaires entre le départ des médecins releveurs et le retour des médecins relevés, dont les premiers sont déjà arrivés en France.

***

Un poste de secrétaire général vient d'être créé pour remplir l'essentiel des fonctions autrefois attribuées au secrétaire administratif.

C'est le Docteur Laurent, de Saint-Etienne, ancien président du Conseil départemental de la Loire, qui a été désigné à ce poste.

Des Commissions d'études sont constituées, dont chacune se cantonnera dans un domaine de la vie professionnelle du médecin : Assurances sociales, Assistance médicale gratuite, mutualité, prisonniers de guerre, etc.

Elles comprendront, non seulement des membres du Conseil supérieur, mais aussi des médecins appelés de l'extérieur pour leur compétence particulière.

De semblables Commissions seront constituées auprès des Conseils départementaux.

Au cours de la session qui vient de se terminer, le tiers renouvelable des Conseils départementaux a été remplacé par de nouveaux membres désignés par le Conseil supérieur. Les noms des titulaires seront prochainement publiés.

***

Il nous revient que la séance tenue le 6 décembre dernier par la Commission permanente d'études des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne fut intéressante en plus d'un point.

Devant l'incompréhension du Conseil de l'Ordre des médecins de la région parisienne, dont l'attitude resterait intangiblement la même que celle des syndicats, les Caisses désireuses de ne pas faire pâtir les assurés de cette attitude renonceraient aux tarifs limitatifs préconisés dans un communiqué fameux du secrétariat au travail qu'elles considèrent comme leur naturel défenseur.

Ce renoncement fut au reste quelque peu facilité par certaines vérités que M. Grimald eut le courage de prononcer.

Une attitude purement négative eût pu justement faire encourir aux Caisses le reproche de n'avoir rien fait depuis plus de six mois que la loi du 29 mai est entrée en vigueur et le risque de se voir brutalement imposer un tarif par arrêté ministériel.

Quant aux craintes élevées par certaines caisses sur leur situation financière, elles furent rapidement apaisées quand il leur fut rappelé qu'avant de prévoir des œuvres sociales et d'accorder sur les bonis des prestations supplémentaires, il convenait de verser d'abord les prestations obligatoires couvrant réellement les dépenses des assurés.

Au reste, les décisions prises n'amèneront un

augmentation réelle des dépenses totales que de 10 %.

Par ailleurs, ainsi que le firent observer MM. Grimald et Miniconi, l'existence même de ces bonis prouve que les fonds des assurés sociaux avaient été détournés de leur but initial qui est le remboursement des frais de maladie.

Enfin la réserve de garantie de l'Union de caisses dispose de 80 millions qu'il serait inopportun de laisser inemployés.

Il n'en reste pas moins que les Caisses ont difficilement digéré le « relèvement unilatéral » de leurs tarifs. Bien qu'il ait été reconnu que ce relèvement était amplement justifié et aurait dû être accompli depuis deux ans, il était nécessaire de punir le Corps médical de son mauvais esprit.

Cette punition fut heureusement trouvée dans le complément qui allait être apporté par la loi de Finances à l'art. 151 du Code des Contributions directes : nous voulons parler du sympathique *carnet à souches* dont le fisc a doté les médecins à titre de cadeau de nouvel an. « *Devant l'attitude des médecins les Caisses n'ont pas le désir de retarder l'application de telles dispositions, et dans la mesure où elles le pourront elles appuieront la décision des finances en modifiant une fois de plus leurs imprimés qui pourraient comporter un volet détachable sur lequel le praticien serait tenu de faire connaître le montant de ses honoraires* ».

Ces charmants euphémismes se passent de commentaires. Nous espérons seulement qu'ils ne resteront pas sans échos.



Nous avons déjà exposé les incertitudes de la jurisprudence quant à la responsabilité des médecins attachés aux hôpitaux publics à l'égard des malades qui y sont admis.

En bref, la question se pose ainsi : la personnalité, et par suite la responsabilité du médecin disparaît-elle derrière celle de l'Administration dont il n'est que l'agent dans l'exécution du service public qui lui incombe (thèse administrative, soutenue par le Conseil d'Etat) ? Ou bien au contraire cette personnalité, cette responsabilité subsistent-elles intégralement à l'égard du malade, en raison de l'indépendance technique du médecin à l'égard de l'Administration, indépendance incompatible avec la notion de préposé (thèse civile, soutenue par la Cour de cassation) ?

Suivant que l'une ou l'autre des juridictions administrative ou civile est saisie, la solution du procès sera donc, en règle générale, favorable ou défavorable au médecin.

Cette règle toutefois supporte des exceptions et certains tribunaux civils se rallient à la thèse administrative. Il nous a paru intéressant de signaler dans ce sens le jugement rendu par le Tribunal civil de Bonneville, le 4 décembre 1941, dans une affaire soutenue par le Sou Médical.

La victime, à la suite d'une opération pratiquée à l'hôpital, alors qu'elle était encore endormie, avait été gravement brûlée par une bouillotte trop chaude. Elle prétendait en rendre personnellement responsable le chirurgien dudit hôpital. Le Tribunal a rejeté ses prétentions en faisant observer *qu'aucun*

lien de droit ne liait la victime et le chirurgien, que cet dernier était à la disposition de l'hôpital qui l'avait nommé, le rétribuait, lui donnait des instructions, lui fournissait les locaux, matériels, instruments et auxiliaires, qu'en conséquence il agissait comme préposé de l'hôpital, et que ses fautes constituaient des fautes de service, et non des fautes personnelles se détachant de sa fonction. La juridiction administrative était seule compétente pour en connaître.

Espérons en conclusion que la jurisprudence civile se rangera peu à peu à cette conception et que l'unité se fera dans ce domaine particulièrement complexe de la responsabilité médicale.

***

Les quelques statistiques actuellement établies par la Caisse d'allocations familiales des professions médicales font apparaître un certain monbre de données fort intéressantes.

Le nombre de médecins allocataires représente 26 % du nombre de médecins inscrits, soit un pourcentage beaucoup plus élevé que dans les autres caisses de travailleurs indépendants, où ce nombre n'atteint généralement que 10 ou 12 %.

Le nombre d'enfants par famille allocataire ressort pour les professions médicales à 3,07 alors qu'ailleurs, il ne dépasse pas 2,4 (2 étant le minimum puisqu'il faut avoir au moins deux enfants pour bénéficier des allocations familiales).

Ces chiffres font ressortir les causes véritables de la situation difficile de la trésorerie de la Caisse médicale dont les charges d'allocations sont très supérieures à celles supportées par les autres Caisses.

Aussi pensons-nous qu'au jour où la surcompensation prévue par le Code de la Famille, jouera effectivement, la situation de la Caisse se trouvera définitivement équilibrée.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

6.362. — Infiltrations anesthésiques multiples

En matière accidents du travail, le tarif de 120 francs applicable aux infiltrations du sympathique lombaire (art. 16) représente-t-il le prix d'une seule infiltration ou celui d'une série d'infiltrations (5 à 10 par exemple) comme le prétend la Compagnie La P ?

Dr A.

Réponse

La Compagnie a raison. Pour les infiltrations anesthésiques Leriche, en matière d'accidents du travail, le prix de 120 francs, pour infiltrations anesthésiques périganglionnaires nerveuses, est tarifé ainsi pour l'ensemble du traitement, qu'il y ait une ou x infiltrations — étant entendu que pour les séances en plus de la première, le médecin traitant compte une consultation sim-

ple par séance. Ceci nous fut nettement spécifié dans les séances de la Commission de révision du tarif.

Dr F. DECOURT.

32. — Pansements oculaires par un omnipraticien

Quel prix dois-je compter les pansements oculaires, suite extraction corps étranger de la cornée ?

D'après le tarif, je les compte toujours 22 fr. 50 et toutes les Compagnies me remboursent à ce prix. Seule la P. me rembourse à 17 francs.

Je ne comprends pas cette réduction, car j'ai lu dans le tarif des accidents du travail, édité par le *Concours*, à l'art. 15, que les interventions qui font l'objet des tarifs de spécialités, même si elles sont effectuées par des médecins de pratique générale, seront rémunérées au tarif où elles sont inscrites dans chacune des catégories techniques.

Réponse

N'étant pas spécialisé comme oculiste, ainsi que je le vois d'après l'en-tête de votre lettre, vous n'avez pas droit au tarif de visite et consultation des spécialistes indiqué à l'art. 1er.

Quant à l'art. 15, dont vous parlez, à propos des prix pour omnipraticiens qui ont droit aux tarifications de chirurgie ou de spécialité, il y est dit précisément « les interventions — mais non pas les visites et consultations — etc... »

Or, vos pansements oculaires sont « compris », comme tout pansement courant, dans le prix de la consultation (art. 1er) et en suivent donc le sort.

Dr F. DECOURT.

6261 — Une nouvelle catégorie de panaris ?

Dans le tarif accidents de travail, je ne vois figurer que : incision d'un panaris superficiel et incision d'un panaris de la gaîne.

Il y a à mon avis un oubli fâcheux. Dans quelle catégorie doit-on faire figurer les panaris des espaces celluleux, ceux en particulier de la première phalange qui nécessitent une anesthésie régionale ou générale, les mêmes précautions d'asepsie que les véritables opérations chirurgicales, l'ouverture simultanée de la phalange et de la gaîne des lombricaux. Ce ne sont ni des panaris de la gaîne ni des panaris superficiels.

Dr B.

Réponse

Quand un panaris n'intéresse pas « la gaîne » il est considéré comme superficiel, c'est-à-dire plus ou moins sous-cutané, et au niveau, plus ou moins également, des « espaces celluleux » dont vous parlez.

Je ne vois pas, *a priori*, quelle troisième catégorie de panaris on pourrait créer, pratiquement. En tous cas il faudrait bien délimiter cette catégorie, du point de vue anatomique, ce que vous ne faites pas suffisamment dans votre mot. Je pourrais alors prendre note et placer dans mes archives votre suggestion, en attendant une révision des tarifs.

Dr F. DECOURT.

6113 — Massage et mécanothérapie effectués par un masseur

A la suite d'une ordonnance d'un médecin prescrivant des séances de mécanothérapie et de massage, un masseur nous réclame le montant de ses honoraires à raison de 17 francs par séance.

Les séances de mécanothérapie n'étant pas prévues au tarif, nous avions ramené le coût de chacune des séances à 12 francs suivant l'article 33 du tarif ministériel.

Ce masseur nous écrit, ce jour, en protestant, et nous informe qu'il a appliqué le tarif légal de 17 francs, conformément à l'article 28.

Or, nous soutenons que cet article 28 est applicable aux seuls médecins kinésithérapeutes auxquels les masseurs, même diplômés, ne sauraient être assimilés.

Nous vous serions très obligés de bien vouloir nous donner votre avis, et vous en remercions par avance.

Dr Z.

Réponse

Les soins, en matière d'accident du travail dispensés par un infirmier diplômé du décret du 27 juin 1922 (donc pour les masseurs diplômés) sont inscrits spécialement au titre VI (art. 432 à 435) du tarif accident du travail. Nulle autre part ne sont prévus des « soins » par masseurs. Quant à la mécanothérapie, il en est question uniquement à l'art. 28 qui n'a aucun rapport avec soins par masseurs. Ce qui est prouvé par la séance de massage à 17 francs à l'art. 28 (tarif médical) et la séance de massage à 12 francs à l'art. 33 (tarif des masseurs). D'ailleurs la mécanothérapie n'a jamais été envisagée comme devant être effectuée par un masseur lequel ferait alors, par suite, de l'exercice illégal de la médecine. Aussi je ne comprends pas comment ce masseur de V... dont vous parlez tient « un institut de mécanothérapi en cette ville » et que cela soit toléré...

Dr F. Decourt.

---

b) Assurances sociales

6177 — Radiographie du sternum

Voudriez-vous avoir l'obligeance de me dire comment je dois tarifer les actes suivants faits dans la même séance :

1° Sternum de face (thorax osseux de 3 /4) ;
2° Sternum de profil, pour un accidenté du travail.

Je n'ai pu trouver la moindre mention de ces radiographies sur le Tarif des accidents du travail.

Dr C.

Réponse

Je ne vois que « thorax osseux de face ou de profil : 250 francs. » Par analogie avec « rachis dorsal de face et de profil » je compterais 400 francs en donnant les raisons ci-dessus, pour éviter tout conteste *a priori*.

Dr F. Decourt.

6222 — Une intervention n'est pas l'objet de majoration dominicale

Abonné au *Concours Médical* et au « Sou Médical » je ne me serais pas adressé à vous si, à deux reprises, je ne m'étais trouvé dans le même cas :

Déplacement un dimanche pour entorse après accident de travail. Infiltration par méthode de Leriche.

S'il y avait visite simple, je tariferais: V + 1/2V + déplacement. Si c'était la semaine : Infiltration + déplacement. Mais, un dimanche, comment faire le décompte ? En d'autres termes, lorsqu'il y a intervention ne cumulant pas avec la visite, comment introduire dans le mémoire la notion de dimanche ?

Dr P.

Réponse

Il n'y a pas de tarification spéciale pour les dimanches uniquement, pour la visite et même pas pour la consultation. *A fortiori* rien pour les interventions.

Le mieux est donc de compter pour infiltration (Leriche) périarticulaire : 50 francs + déplacement.

Le visite ne ferait que : 17 francs + 30 % 25 fr. 50, et comme vous ne pouvez (art. 13) cumuler les deux, c'est le premier prix qui est à choisir évidemment.

Dr F. DECOURT.

6.422. — Fracture de jambe. Appareillage provisoire

J'ai été appelé à aller chercher un de mes clients à une dizaine de kilomètres. Une chute de vélo ayant entraîné une fracture du tibia.

Je l'ai appareillé sommairement, puis conduit chez lui dans ma voiture. Je lui ai fait un appareil plâtré chez lui. C'est un assuré social. Quel est le prix que je dois prendre et quels sont les coefficients que je dois indiquer sur les feuilles d'assurances ?

2° Quels sont les honoraires que je puis demander à une Société d'assurances accidents du travail qui m'a demandé d'aller examiner un malade ?

Dr F.

Réponse

1° La réduction et contention d'une fracture de jambe est marquée à K. 20.

Quant à votre appareillage provisoire sur le lieu de l'accident, vous en trouverez l'indication au P. c. 3 : « Immobilisation d'un membre fracturé en vue du transport du blessé ».

2° Il n'y a pas de tarif officiel à ce sujet. C'est une question à débattre entre l'assurance et vous puisqu'elle vous a demandé elle-même ce « service ». Cela dépend de l'importance du sinistre et par suite du rapport, de la distance, etc. Vous avez à compter ces trois choses ; c'est donc beaucoup plus qu'une simple visite.

Dr F. DECOURT.

AUTOMOBILISME

Entretien des batteries

Je m'inspire très souvent de vos articles para-médicaux, et en prends bonne note. Et voici qu'une contradiction m'embarrasse, au moment même où je passe aux applications de la théorie. M. T. (le 26 novembre 1939) conseille : soins à donner aux batteries d'accumulateurs en « garage mort », de « décharger la batterie à fond, à petit régime », avant de le vider,... puis de le rincer avec de l'eau (ordinaire ?)

M. H. Petit (le 26 octobre 1941) sur lemême sujet, conseille au contraire « la charge à fond » de la même batterie, et son « rinçage à l'eau distillée ».

Lequel de vos conseillers techniques devons-nous écouter ?

1° Faut-il charger ou décharger à fond avant rinçage ?

2° L'eau ordinaire suffit-elle ? ou l'eau distillée est-elle de rigueur ?

Ces deux points ont un intérêt. Et Hippocrate (qui dit toujours « oui ») et Galien (qui dit toujours « non ») demandent tous deux aux maîtres des Sciences exactes, que leur « oui » ne laisse que peu de place pour un « non ».

Dr H.

Réponse

Il y a deux écoles en ce qui concerne les précautions à prendre avant de mettre une batterie au repos : certains constructeurs d'accumulateurs recommandent, en effet, de décharger la tatterie à fond avant de la vider ; d'autres, au contraire, qui partagent ma manière de voir recommandent de la charger.

J'ai demandé pour être bien sûr qu'il n'y avait pas d'erreur, l'avis d'un ingénieur de la Société Tudor, lequel confirme ma manière de voir.

La seule précaution à prendre, c'est de ne pas laisser la batterie sans liquide, ou de ne l'y laisser que le moins longtemps possible quand elle vient être complètement chargée : le plomb pur des plaques négatives pourrait, en effet, dans ces conditions, subir une oxydation très énergique. Ce phénomène n'est pas à craindre pendant les quelques instants qui sont nécessaires pour opérer sans hâte la vidange de l'électrolyte et le remplissage avec de l'eau distillée.

Quant à la question de l'eau, il est mieux de prendre de l'eau distillée. On peut à la rigueur prendre de l'eau ordinaire à condition que celle-ci soit propre et ne soit pas trop calcaire.

Henri PETIT.

QUESTIONS DIVERSES

227. — Succession médicale

Un jeune confrère, marié sans enfants, estinstallé depuis quelques mois dans ma ville, attiré par mon âge ; il vient me demander de lui céder ma clientèle pour un prix à débattre, cession du droit au bail de la maison que j'occupe, de quelques meubles, puis présentation, etc.

Très honnêtement, il me prévient qu'il n'a pas un sou, ni références financières.

Il proposerait un paiement par échelons à la fin des années 42, 43, 44 par le prix annuel de x visites. Le prix annuel de la visite étant susceptible de varier, ce prix serait celui appliqué aux commerçants au cours de l'année, actuellement il est de 30 francs.

Le confrère est instruit et actif, mais j'hésite étant données les circonstances et mon activité qui, jusqu'à présent, ne faiblit pas.

Mais, à ce point de vue, je dois prévoir le pire et penser à la retraite pour un jour plus ou moins éloigné.

Y a-t-il une combinaison qui me permettrait de traiter avec le confrère tout en sauvegardant mes intérêts ?

Dr B.

Réponse

Le mode de règlement proposé par votre jeune confrère paraît intéressant, si toutefois vous êtes décidé à céder votre clientèle.

Ce procédé a, en effet, l'avantage de vous faire percevoir des indemnités annuelles proportionnelles au coût de la vie, en admettant que le tarif médical le suive sans un trop grand décalage.

Le point délicat est évidemment de fixer le nombre de visites servant au calcul des indemnités que l'on vous offre de payer en trois ans.

Nous pensons que ce chiffre pourrait être déterminé de la manière suivante :

Si vous cédez votre poste moyennant une indemnité versée comptant, vous en tireriez une somme que nous fixons arbitrairement et pour la commodité des calculs, à 90.000 francs.

Si le tarif des visites est à l'heure actuelle de 30 francs, l'indemnité de 90.000 francs représente donc la valeur de 3.000 visites.

Vous pourriez donc convenir que votre confrère vous verserait à la fin des années 1942, 1943 et 1944, la valeur de 1.000 visites au tarif alors en vigueur.

Admettons que ce tarif soit de 30 francs pour 1942 et de 35 francs pour chacune des années 1943 et 1944. Vous recevriez ainsi 30.000 francs pour la première année, et 35.000 francs pour chacune des deux autres dernières années, soit au total une somme de 100.000 francs.

Ce contrat, établi par écrit, devrait évidemment stipuler qu'au cas où ces sommes ne vous seraient pas payées aux dates convenues, vous auriez toute faculté pour vous réinstaller.

5.560. — Création de dispensaire

Le Sous-Préfet de X. tient à établir un dispensaire dans cette ville. Il veut absolument que ce dispensaire se fasse à l'hôpital. Or, cet établissement manque de place. A cela il répond : Vous n'avez qu'à construire deux ou trois pièces dans les jardins pour le fonctionneemnt de ce dispensaire. Coût cent mille francs environ.

Y a-t-il une loi, un décret défendant l'établissement d'un dispensaire dans un hôpital ?

Si oui, veuillez me l'indiquer dans votre journal, car cette question pourrait intéresser d'autres villes.

Dr X.

Réponse

Nous ne croyons malheureusement pas qu'il vous soit possible de vous opposer à l'établissement du dispensaire dans l'hôpital de votre ville. Aucun texte législatif ne prohibe de telles installations.

Si nous comprenons bien d'ailleurs, la création de ce dispensaire dans de telles conditions équivaudrait à faire fonctionner à l'hôpital une consultation gratuite pour les diverses catégories de malades pouvant bénéficier de l'hospitalisation, mais dont l'état de santé n'est pas tel que l'on soit obligé de recourir à cette mesure.

La seule formalité à accomplir pour ouvrir régulièrement un tel dispensaire, depuis la loi du 15 octobre 1940, est d'obtenir l'avis favorable du Directeur régional de la Santé. Si c'est le Sous-Préfet qui prend l'initiative d'une telle mesure, il est vraisemblable qu'il a l'accord du Directeur régional sur ce point.

Aucun texte ne prohibe non plus l'établissement d'un dispensaire communal dans tout autre endroit que l'hôpital. Il en irait autrement si le dispensaire à créer devait s'adresser à une clientèle payante et manifestait une activité qui ne serait pas spécialement exercée en faveur des indigents, faisant en quelque sorte concurrence à l'initiative privée.

Dans ce cas, en effet, la jurisprudence a tiré des principes posés par les décrets-lois Poincaré de 1926, l'interdiction pour les établissements publics de créer des organismes à activité commerciale, sauf en cas de carence ou d'insuffisance notoire de l'initiative privée. Cette jurisprudence a été rendue sur l'initiative du *Sou Médical*, notamment par les arrêts du Consei d'Etat des 26 septembre 1934, aff. Tesnière et 8 février 1933, aff. Espéron.

Par ailleurs, ce principe de non concurrence à l'encontre de l'initiative privée a été rappelé par les conclusions du Commissaire du Gouvernement Latournerie, lors de l'arrêt Dufour (2 février 1938). Si donc, le dispensaire ainsi créé devait s'adresser à la clientèle payante, de même que s'il était prévu que le ou les médecins de ce dispensaire pourraient faire à domicile des visites gratuites chez d'autres personnes que les indigents, une telle manière de voir serait répréhensible et vous pourriez fonder sur ce point, soit un recours en annulation des décisions administratives ayant autorisé le fonctionnement de ce dispensaire dans de telles conditions, soit exercer un recours en plein contentieux.

Quel serait d'ailleurs le statut des médecins du dispensaire dont la création est projetée ? Le médecin de ce dispensaire serait-il automatiquement le médecin de l'hôpital ? Ou cet établissement serait-il ouvert à plusieurs autres médecins de la localité qui viendraient à tour de rôle y donner des soins ? Nous pensons que pourrait être ainsi trouvée la solution du problème qui vous inquiète.

Soixante-quatrième année N° 7 15 Février 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Partie professionnelle

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants........ 80 fr.

***Le Numéro*........ 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M. Paul RIBEYRE**, Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Nº 55. — Médecin trentaine actif, très au courant médecine générale, sauf accouchem., demande place assistant auprès confrère âgé ou surchargé, zone non occupée, préférence Centre. Ecr. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 56. — Sud-Ouest, zone non occupée, petit poste propharmacien suscept. extens. Indemnité minime. Ecr. Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 57. — Echanger, poste demi-repos, site agréable très ancienne clientèle contre client. plus import. région Ouest occupée ou zone non occupée. Ecrire Paul Ribeyre, 5, rue Auguste-Clément, à Vals-les-Bains (Ardèche).

Nº 58. — Les Laboratoires du Docteur Roussel cherchent collaborateurs docteurs en médecine, 28-38 ans, actifs et sérieux, pour région Normandie, Nord, Sud-Ouest. Situation stable et d'avenir. Envoyer *curriculum vitæ* au Service de publicité, 97, rue de Vaugirard, Paris (VIe).

Nº 59. — Ancienne femme de médecin commencera à Pâques, pour enfants de 5 à 10 ans, un cours avec pension complète à Esbly (S.-et-M.). Maison extrêmement agréable, confortable, très bien située avec grand jardin. S'adresser pour visite et conditions à Madame Montazaud, 20, rue Pasteur, à partir du 10 mars.

Nº 60. — A vendre appareil ondes courtes. Universonde (Chenaille et Raulot-Lapointe), très bon état (ondes courtes, diathermie, électro-coagulation). Dr J. Roux, 9, rue Laroche, à Albi (Tarn).

Nº 61. — Recherche Basiotribe Tarnier parfait état. Faire offre Dr H. Pollet, 36, rue Bernos, à Lille.

Nº 62. — A céder proximité de Vichy, cabinet médical ; instruments et logement professionnel, clientèle à augmenter, petite indemnité. Ecrire Dr Vexenat, à St-Yorre (Allier).

Nº 63. — Recherchons jeune médecin ou pharmacien, connaissant la technique du Laboratoire d'analyses médicales. Ecrire Spcba, 4, rue Cambon, Paris 1er.

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Lourdeurs, aigreurs, douleurs gastriques, entérites, ballonnements et toutes affections de l'estomac, immédiatement soulagés et guéris ensuite par l'usage quotidien de la **Mangaïne**.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

Changements d'adresses

Nous prions nos abonnés de vouloir bien nous faire connaître leur nouvelle adresse afin que le Concours Médical *leur parvienne régulièrement. Avoir soin de joindre l'ancienne bande ou nous indiquer l'ancien domicile et ajouter 2 francs en timbres.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçon inaugurale.* — M. le Professeur M. Duvoir fera sa leçon inaugurale le lundi 16 février 1942, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Il continuera son cours de médecine légale les lundis, mercredis, vendredis, à 17 heures, au même amphithéâtre.

— *Clinique médicale, hôpital Bichat.* — La clinique médicale de la Pitié qui, depuis quelques mois, en raison des circonstances, était à l'hôpital Cochin, est provisoirement transférée à l'hôpital Bichat (Professeur Pasteur-Vallery-Radot).

— *Clinique gynécologique* (hôpital Broca). — Sous la direction du Professeur Mocquot, un cours de perfectionnement de gynécologie aura lieu du 2 au 14 mars (droit : 150 francs). Il sera suivi, du 16 au 28 mars d'un cours de physiothérapie et de radiodiagnostic gynécologiques (droit : 150 francs). En août 1942, le Docteur Palmer fera pendant deux semaines une série de conférences sur le traitement de la stérilité et des troubles menstruels (droit : 100 francs). En juin 1942, le Professeur Mocquot, assisté de MM. Palmer, Mazingarbe et Orsini, fera un cours de chirurgie gynécologique (droit : 150 francs). Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Facultés de médecine.** — Sont promus à la classe exceptionnelle, MM. les Professeurs Rouvière

(Faculté de Paris) et PAUTRIER (Faculté de Strasbourg).

—**Faculté de médecine de Lille.** — M. le Professeur DOUMER est transféré dans la chaire de clinique médicale (hôpital Saint-Sauveur).

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. SANTENOISE, professeur de physiologie à la Faculté de Nancy, est mis pour une période de trois ans à la disposition de l'Institut Pasteur de Paris.

— **Faculté de médecine de Toulouse.**— Sont chargés de cours complémentaires (1942) : MM. LAZORTHES (anatomie) ; ASTRE (hydrologie).

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix de l'internat.* — A la suite des récents concours, la médaille d'or de l'internat (médecine) a été attribuée à M. MILLIEZ ; la médaille d'or del'internat (chirurgie) a été attribuée à M. DEBELUT.

— **Hôpital Broussais.** — Les leçons du Docteur Paul CHEVALLIER sur les maladies du sang auront lieu désormais à l'hôpital Broussais, le mercredi à 10 h. 1/2.

— **Prix Civiale.** — Un concours est ouvert en 1942, entre les internes en médecine et externes en premier des hôpitaux de Paris pour l'attribution du prix fondé par feu le Docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (bureau du service de santé) le 14 mars 1942, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'Internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

—**Prix de l'Académie Duchenne de Boulogne.** — L'Académie Duchenne de Boulogne dont le but est de récompenser les travailleurs indépendants, pour honorer la mémoire de Duchenne de Boulogne, a décerné son prix 1941 de 5.000 francs au Docteur Marc ISELIN pour l'ensemble de ses travaux, et en particulier son travail inédit complémentaire sur la chirurgie réparatrice des traumatismes de la main.

Ce prix est attribué chaque année à la suite d'un vote secret.

Les mémoires inédits et non encore récompensés, dactylographiés en quatre exemplaires, doivent être adressés au secrétariat de l'Académie, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris, avant le 1er octobre de chaque année.

— **Département de Maine-et-Loire.** — Afin de pourvoir au poste de médecin-directeur de l'Institut de biologie de l'Anjou (Laboratoire départemental) un concours aura lieu, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 30 mars 1942, à 10 heures et se terminera le 1er avril.

Les candidats devront s'adresser, pour tous renseignements, et pour leur inscription, à M. le médecin-inspecteur de la Santé, Préfecture de Maine-et-Loire, Angers, avant le 20 mars 1942.

— **Naissance.** — Micheline, Alain et Claude ont la joie de faire part de la naissance de leur petit frère *Jean-Luc*. Le 24 janvier 1942.

Docteur et Madame René GOBY, Tonnerre (Yonne), 17, rue du Pâtis.

— **Nécrologie.** — Nous apprenons la mort du Docteur Henri MARTIN, d'Uzès (Gard), décédé dans sa 81e année. Il était le père du Docteur Pierre Martin, de Châtel-Guyon, et du Docteur Henri Martin, de Vittel, à qui nous adressons nos sincères condoléances.

Société médicale du XVIIe arrondissement

La Société médicale du XVIIe arrondissement

regrette que les intérêts moraux et matériels de la médecine et des médecins ne soient pas mieux défendus et notamment ne l'aient pas été lors de la discussion des dernières dispositions fiscales ;

qu'en particulier il n'ait pas été tenu compte des résultats satisfaisants obtenus, avec la collaboration des médecins, par les dispositions antérieures ;

et qu'ainsi aient été élaborées des lois d'exception qui sont contraires au principe d'union nationale, qui portent atteinte à l'honneur et à la dignité du Corps médical et contribueront à diminuer le prestige de la médecine pour le plus grand dommage de la Santé publique.

(*Communiqué*).

Le Livre d'Or du Corps médical français

Sont nommés au grade de Chevalier de la Légion d'honneur à titre posthume :

TALON (Emile-Amédée-Pierre), médecin capitaine : médecin chef du régiment, a toujours organisé son service dans les meilleures conditions, malgré la pénurie extrême de moyens et les difficultés d'évacuation. D'un dévouement extrême, s'est dépensé sans compter pendant toute la campagne. A trouvé une mort glorieuse au cours de la retraite, le 18 juin 1940, à Pagny-sur-Meuse. A été cité.

TELLIER (Jean-Paul), médecin lieutenant : officier d'une haute valeur morale et d'un dévouement remarquable. Le 12 mai 1940, au cours de l'attaque du village de Beyren, s'est porté à l'assaut avec les premiers éléments du groupe de reconnaissance, a organisé lui-même le transport des blessés et est revenu vers le poste de secours en portant un des blessés sur son dos. A été atteint mortellement au cours de cette opération. A été cité.

PAUL (Christian-Amédée-Marie), médecin lieutenant de réserve, détaché à la compagnie de l'air 76/118 (secteur de l'air no 19) : médecin de valeur, qui a joint à l'amour de son métier le courage et la crânerie du soldat. S'est spontanément présenté, sous un bombardement effroyable, au poste de secours de la marine, pour aider ses collègues débordés. A fait preuve de beaucoup de calme et de sang-froid, pendant le torpillage du bateau qui l'évacuait au cours duquel il a trouvé une mort glorieuse. A été cité.

(*J. O.*, 25 janvier 1942).

Autre son de cloches sur les retraites militaires

« J'ai lu — joyeusement — la lettre de mon joyeux confrère, le major I. P. K. sur les retraites des médecins militaires.

Comme je suis fils de fonctionnaire, et frère et neveu et oncle de fonctionnaires, je connais depuis longtemps l'antienne de la *retraite des fonctionnaires, constituée par eux-mêmes au moyen de retenues d'une partie de leur traitement, etc...*

Naturellement, moi, je trouve cela très bien.

Mais « Invidia » prétend qu'il ne s'agit là que de retenues fictives : rien ne sort des caisses, mais rien n'y rentre. C'est un simple jeu d'écritures, un artifice de comptabilité. — « Il est bien facile, dit Invidia, de fixer d'abord pour un fonctionnaire un traitement *réel*, connu de lui, accepté d'avance, et d'ailleurs en général assez substantiel, pour récompenser son mérite et son travail, et de décider ensuite qu'on lui attribuera un traitement « budgétaire » fictif très supérieur, la différence étant considérée comme reversée à l'Etat en vue de la retraite.

Mais Invidia, qui est souvent acrimonieuse, ne rigole pas, et demande si on ne se fiche pas du monde?

Elle demande aussi qu'on lui dise le chiffre de ces pensions et le montant des versements réels. Elle demande surtout l'adresse de ces caisses, où un médecin civil pourrait, *dans les mêmes conditions*, se constituer une pension égale, avec cette espèce de « garantie de change » qui en est le plus précieux avantage ? »

* *

Le praticien demande à être entendu

...Et cependant, il est bien des sujets sur lesquels le praticien aimerait donner son opinion. Le seul moyen, ce serait le referendum. En attendant l'organisation de la vraie corporation, les créations actuelles pourraient au moins, si le referendum était admis comme mode normal d'expression, fonctionner comme organismes d'information du pouvoir. Ce serait toujours cela, comme dit l'autre. On émettrait des vœux qui seraient les vœux de tous, non ceux de quatre ou cinq messieurs réunis autour d'un tapis vert. On habituerait en outre les praticiens à réfléchir aux questions professionnelles, les préparant ainsi à bien tenir leur place dans les organismes futurs. Et qu'on ne dise pas que le pouvoir n'a pas besoin des conseils d'en bas. On a vu ce qu'il en était notamment pour la question de la propharmacie.

Il faudrait naturellement édicter des règles à cette pratique. Dans le cadre départemental, il faudrait, pour pouvoir organiser un referendum, réunir 10 % des signatures. Dans le cadre national, il faudrait cinq referendums départementaux positifs pour que le sondage soit effectué partout.

Au fait, en attendant un tel règlement, je suis, quant à moi, bien décidé à demander au président de mon conseil départemental pareilles enquêtes sur les questions à venir — et même sur certaines déjà venues et pour lesquelles une reconsidération par qui de droit me semble désirable.

Docteur Demay
Voisey (Hte-Marne).

La Société des Ingénieurs de l'Automobile peut être utile aux médecins

Un grand nombre de nos abonnés nous posent chaque jour des questions et nous demandent des renseignements à propos des articles traitant de l'automobile : nous sommes naturellement très heureux de leur fournir directement toutes explications utiles et constatons avec plaisir l'intérêt qu'ils prennent à nos chroniques sur l'automobile. Quelques-uns d'entre eux, assez nombreux, nous ont demandé de développer davantage cette rubrique : il nous est malheureusement impossible de le faire pour bien des raisons, et en particulier à cause de la pénurie de papier qui nous oblige à limiter étroitement l'étendue de nos articles.

Nous croyons devoir à ce propos signaler à tous ceux de nos lecteurs qui s'intéressent aux questions automobiles, l'existence de la SOCIÉTÉ DES INGÉNIEURS DE L'AUTOMOBILE qui consacre précisément ses travaux à l'étude de toutes les questions intéressant la locomotion sur route.

La SOCIÉTÉ DES INGÉNIEURS DE L'AUTOMOBILE a, en particulier, effectué depuis les évènements de juin 1940, une série d'études extrêmement complètes et très approfondies su tous les carburants et sources d'énergie de remplacement susceptibles d'être substitués à l'essence. Ces travaux sont publiés dans son Bulletin mensuel et dans des brochures qui sont à la disposition de ses membres.

Malgré son titre, cette Société ne comprend pas uniquement des ingénieurs : elle comporte, en effet, une catégorie de membres dits « adhérents » qui réunit les personnes s'intéressant à l'automobile en tant qu'usagers, mais qui n'ont pas le titre d'ingénieurs. Les avantages réservés aux membres adhérents sont d'ailleurs exactement les mêmes que ceux des ingénieurs membres titulaires — à part le droit de vote aux assemblées générales. Nous pensons qu'un certain nombre de nos lecteurs pourraient utilement se faire inscrire à la Société des ingénieurs de l'automobile comme membres adhérents : ils trouveraient dans les publications de cette Société tous renseignements susceptibles de leur faciliter l'usage de leur voiture. Ajoutons que le secrétariat de la Société des ingénieurs de l'automobile et la bibliothèque sont à l'entière disposition des adhérents pour tout renseignement ou communication.

La Société des ingénieurs de l'automobile n'est d'ailleurs pas étrangère à nos lecteurs puisque les chroniques d'automobile qu'ils lisent depuis deux ans dans notre journal sont dues à la plume de notre distingué collaborateur M. Henri Petit, ancien président de cette Société qui, bien qu'ayant cessé récemment ses fonctions, reste étroitement attaché à son développement.

Le siège de la Société des ingénieurs de l'automobile se trouve 5, avenue Friedland, à Paris-VIIIe. La cotisation est de 150 francs par an, en échange de quoi les membres reçoivent le Bulletin mensuel de la Société, publication importante contenant le compte-rendu de tous ses travaux et peuvent assister aux conférences mensuelles de la Société des ingénieurs de l'automobile et aux séances hebdomadaires des sections techniques.

Pour plus amples renseignements, s'adresser au secrétariat.



A TRAVERS L'OFFICIEL

Hygiène industrielle

Arrêté du 20 décembre 1941 portant réorganisation de la commission d'hygiène industrielle

ART. 1er. — La Commission d'hygiène industrielle fonctionnant auprès du secrétariat d'Etat au Travail est chargée, indépendamment des attributions qui lui sont confiées par les dispositions légales, de préparer les règlements d'administration publique relatifs à l'hygiène à prendre en vertu du titre II du livre II du code du travail.

Elle peut, d'une façon générale, être consultée par le secrétaire d'Etat sur toute question intéressant l'hygiène des travailleurs.

ART. 2. — Les membres de la Commission d'hygiène industrielle sont désignés par le secrétaire d'Etat au Travail.

Ils comprennent :

1° Sept médecins choisis, dans la mesure du possible, parmi les médecins membres de la section d'hygiène industrielle et de médecine du travail du Comité consultatif d'hygiène de France ;

2° Sept personnes spécialement qualifiées en matière d'hygiène industrielle ;

3° Trois représentants des employeurs et trois représentants des travailleurs.

....

(*J. O.*, 28 janvier 1942).

Arrêté du 20 décembre 1941 nommant les membres de la Commission d'hygiène industrielle.

Arrête :

ART. 1er. — La composition de la Commission d'hygiène industrielle instituée auprès du secrétariat d'Etat au Travail est fixée comme suit pour une durée de quatre ans, à compter du 1er décembre 1941 :

Président

M. A. Baudouin, doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Membres

Sept médecins :

M. le Docteur Barthe, secrétaire général de la Société médicale des hygiénistes du travail et de l'industrie.

M. le Docteur Desoille, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, président de l'Association des médecins hygiénistes du travail.

M. le Docteur Duvoir, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, médecin conseil de l'inspection du travail.

M. le Docteur Gros, médecin conseil d'hygiène industrielle et de pathologie du travail à la Fédération mutualiste de la Seine.

M. le Docteur Prieur, ancien interne des hôpitaux de Paris ;

M. le Docteur Rist, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris,

membres de la section d'hygiène industrielle et de médecine du travail du Comité consultatif d'hygiène de France.

M. le Docteur Balthazard, membre de l'Académie de médecine, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Paris, médecin conseil de l'inspection du travail.

....

(*J. O.*, 28janvier 1942).

Institut national d'hygiène

Par arrêté en date du 20 janvier 1942, pris en application de la loi du 30 novembre 1941 créant l'Institut national d'hygiène, sont nommés membres du Conseil d'administration de cet institut :

M. le Professeur Lemierre, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine.

M. le Professeur Lemoigne, professeur à l'Institut Pasteur et à l'Institut agronomique, membre de l'académie d'agriculture.

M. Suquet, inspecteur général des ponts et chaussées, ancien directeur de l'Ecole des ponts et chaussées.

M. le Professeur Troisier, membre de l'Académie de médecine, professeur de clinique phtisiologique à la Faculté de médecine.

(*J. O.*, 28 janvier 1942).

Prisonniers

Communiqué officiel n° 82 de la direction du service des prisonniers de guerre en date du 24 janvier 1942 (remboursement aux familles de prisonniers de guerre ou aux rapatriés des sommes déposées dans les camps).

La direction du service des prisonniers de guerre fait connaître ce qui suit :

I. — Reçus détenus par les prisonniers de guerre rapatriés

Les prisonniers de guerre français libérés ou mis en congé de captivité sont invités, dans leur propre intérêt, à ne pas détruire les reçus qui leur ont été délivrés par les autorités allemandes en échange des sommes en francs qui leur ont été retirées au moment de leur capture ou des créances en marks laissées en Allemagne au moment de leur rapatriement.

Ces reçus leur seront en effet indispensables pour obtenir le remboursement de ces sommes par les services dépendant du ministère français des Finances.

II. — Recouvrement par les familles des sommes en francs ou en marks envoyées par les prisonniers.

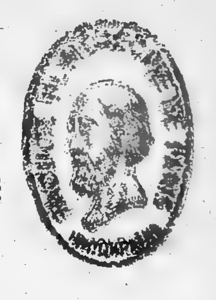
Afin d'obtenir le recouvrement de ces sommes, les familles intéressées doivent désormais s'adresser à la direction du service des prisonniers de guerre, 52, avenue du Maréchal-Foch, à Lyon, si elles résident en zone libre ; à la sous-direction du service des prisonniers de guerre, 231, boulevard Saint-Germain, à Paris, si elles résident en zone occupée.

III. — Recouvrement par les prisonniers de guerre libérés des sommes en francs retirées par les autorités allemandes au moment de leur capture.

A cet effet, les intéressés doivent adresser également leur réclamation à la direction du service des prisonniers de guerre, 52, avenue du Maréchal-Foch, à Lyon, pour ceux résidant en zone non occupée, et à la sous-direction du service des prisonniers de guerre, 231, boulevard Saint-Germain, à Paris, pour ceux résidant en zone occupée.

Voir la suite page XXXV-243

PARTIE SCIENTIFIQUE



CLINIQUE CHIRURGICALE

SPONDYLITE POST-TRAUMATIQUE

M. J.-P. Tourneux

Chirurgien-chef des hôpitaux de Toulouse

La spondylite post-traumatique ou maladie de Kummel-Verneuil, qui n'est autre chose que la fracture des corps vertébraux sans signes médullaires, paraît aujourd'hui beaucoup plus fréquente qu'autrefois, grâce aux examens radiographiques systématiquement pratiqués à la suite des traumatismes du rachis et qui seuls peuvent élucider la difficulté du diagnostic.

Vous venez tout récemment d'en observer un cas très intéressant, où, faute de constatations radiologiques au moment de l'accident, la nature exacte des lésions a été longtemps méconnue.

Voici l'observation de notre sujet. Daniel T., âgé de 57 ans, a été victime d'un accident le 7 mai 1937, jour où, renversé par une automobile le heurtant au niveau de la région lombaire, il fut projeté sur le sol. En dehors de signes de contusions multiples, le blessé n'accusait qu'une douleur assez vague sur toute la zone traumatisée, sans point douloureux précis au niveau de la colonne vertébrale : aussi, après une quinzaine de jours de repos, reprit-il ses occupations habituelles. Ce n'est que cinq mois plus tard, qu'il commença à accuser un certain nombre de phénomènes douloureux, qui furent considérés par le médecin traitant comme relevant d'une névralgie sciatique. Après plusieurs périodes successives d'abord d'amélioration, puis d'aggravation, notre malade se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu dans notre service, au mois de juin 1939.

En l'examinant, on ne constatait pas de déformation extérieure de la colonne vertébrale, mais l'existence d'un point douloureux fixe au niveau de la troisième vertèbre lombaire, ainsi qu'une gêne douloureuse et une limitation très marquée des différents mouvements de la colonne lombaire, tant pour la flexion que pour l'extension et la latéralisation, confinant presque à la raideur totale. On notait, en outre, un abaissement net du pli fessier gauche, ainsi que des phénomènes douloureux au niveau des membres inférieurs, le long des deux sciatiques, un peu plus intenses du côté gauche, s'accompagnant de troubles de la démarche (marche en saluant), d'attitude antalgique et d'hypotonie musculaire, avec légère exagération des réflexes.

Notre sujet accusait encore, et cela sans que la prostate montra une augmentation de volume ou des signes d'inflammation, des troubles génito-urinaires se manifestant sous la forme de pollakiurie diurne et de phénomènes douloureux spontanés, se manifestant sous la forme de crampes musculaires au niveau des fesses, de cuissons et de brûlures sur la face interne des cuisses, la région inguinale gauche, le scrotum et la partie latérale gauche de la verge jusqu'à l'extrémité du gland ; tous ces phénomènes, qui déterminaient de la pâleur de la face ainsi que de l'anxiété respiratoire, étaient exagérés par la marche à pied et surtout par l'usage de la bicyclette.

Devant ce tableau clinique, nous avons pensé que tous les symptômes, tant physiques que fonctionnels, relevés chez notre sujet, devaient se trouver sous la dépendance d'une ancienne lésion vertébrale, demeurée méconnue au moment du traumatisme, et, pour confirmer notre diagnostic, nous avons fait procéder à un examen radiographique de face et de profil de la région lombaire. Les clichés nous ont montré une fracture par tassement de la troisième vertèbre lombaire, avec élargissement des plateaux supérieur et inférieur : en plus d'une diminution de l'espace intervertébral compris entre la deuxième et la troisième lombaire, montrant un aplatissement du disque, on notait la présence d'un véritable pont ostéophytique entre ces deux vertèbres sur leur bord droit, ainsi que de nombreux ostéophytes sur les quatrième et cinquième lombaires.

Aucun doute ne pouvait par suite subsister en notre esprit : il s'agissait bien d'une fracture d'un corps vertébral, et les différents troubles objectifs et subjectifs, présentés par le malade, tenaient les uns à la lésion elle-même et les autres à des phénomènes de compression et d'irritation des racines lombaires du plexus sacré à leur point d'émergence.

La spondylite post-traumatique ou maladie de Kummel-Verneuil, dont vous venez de voir un fort bel exemple, s'observe à tout âge, mais de préférence à l'âge adulte toutefois et chez l'homme plutôt que chez la femme, ces conditions d'âge et de sexe étant plus favorables à la réalisation de l'étiologie traumatique. Le plus souvent, le rachis n'est pas prédisposé ni par une

◆◆

altération héréditaire, ni par une localisation vertébrale antérieure de quelque infection. En ce qui concerne le traumatisme initial, il est variable : le plus souvent, il s'agit d'une chute d'un lieu élevé sur les pieds, les ischions, la tête, le haut de la colonne vertébrale, parfois, c'est un choc violent sur le rachis, un corps lourd tombant sur les épaules, aboutissant tous à une hyperflexion du rachis, enfin, mais plus rarement, c'est un mouvement de défense musculaire déterminant une hyperextension, comme le produit un effort pour éviter une chute en arrière.

Quant à l'évolution, elle est presque toujours identique : un sujet a subi un traumatisme vertébral, choc, chute ou redressement : il s'alite pendant une ou deux semaines, les douleurs s'atténuent, le médecin ne constate rien d'anormal, la colonne vertébrale n'étant pas déformée et les signes médullaires faisant défaut, il autorise le malade à reprendre son travail. A la première phase de traumatisme vertébral a donc succédé une deuxième période de convalescence, le « frei interval » des auteurs allemands, qui est de durée variable. L'ouvrier reprend donc ses occupations, mais peu à peu les douleurs reviennent puis s'exagèrent : le médecin non prévenu est très porté à croire à l'hystéro-traumatisme, à la sinistrose, voire même à la simulation ou tout au moins à l'exagération. Enfin, au bout de six à neuf mois, surviennent des signes nouveaux qui vont définitivement diriger le diagnostic vers une affection organique : ces signes nouveaux seront de la raideur vertébrale, des douleurs locales au niveau de la vertèbre lésée ou siégeant à distance, prenant le type radiculaire comme chez notre sujet, ou une déformation rachidienne, cyphose à grande courbure, plus rarement cypho-scoliose lorsque la lésion osseuse siègera dans les régions cervicale ou dorsale.

C'est cette évolution tout à fait particulière, avec ses deux périodes pathologiques, l'une initiale, celle d'un traumatisme vertébral souvent assez léger, l'autre tardive avec des douleurs et de la déformation, périodes séparées par un intervalle plus ou moins long avec retour plus ou moins complet à l'état de santé, qui distingue la maladie de Kummel-Verneuil des fractures habituelles du rachis, et qui permet de lui conserver son nom ainsi que sa place dans la nosologie.

Au point de vue de la nature même des lésions, les examens radiologiques ainsi que les pièces d'autopsie ont montré que la spondylite post-traumatique était la conséquence d'altérations ligamento-osseuses de la colonne vertébrale. Le traumatisme détermine d'emblée une lésion, dont la nature et l'importance varient suivant l'intensité et la variété de la violence : ici, simples tiraillements avec quelques arrachements ligamentaires, surtout du ligament vertébral antérieur, là, écrasement plus ou moins important d'un corps vertébral, dans d'autres cas enfin, fracture sans déplacement de ce corps vertébral. Quoi qu'il en soit, comme ce traumatisme initial ne se caractérise pas par une déformation immédiate visible des vertèbres, on ne songe pas à la possibilité d'une lésion osseuse, mais on pense à l'existence d'un lumbago banal et on ne croit pas nécessaire de faire pratiquer des examens radiographiques, ce qui fait que le diagnostic de fracture de corps vertébral ne peut être posé. Puis, lorsque tout paraît bien réparé et consolidé, lorsque le blessé veut reprendre ses occupations, alors apparaît au siège du traumatisme un travail d'ostéite raréfiante, qui peut amener la résorption complète du cal. Dans d'autres cas, s'il s'agit d'arrachements ligamentaires, l'ossification progressive du ligament dépasse le but de la consolidation, s'étend plus ou moins loin et détermine ainsi une déformation progressive.

Au moment de la période immédiate post-traumatique, où le tableau clinique est des plus réduits, ne se traduisant que par des signes très frustes et inconstants, il convient de ne pas se contenter d'un diagnostic vague de névralgie ou de lumbago, mais il faut, étant donné la certitude d'un traumatisme vertébral, pratiquer systématiquement des radiographies de face et de profil. Un traitement approprié parviendra dans l'immense majorité des cas à éviter l'apparition des phénomènes douloureux et des déformations. Plus tard, à la seconde période , le seul examen clinique vous permettra d'éliminer sans grandes difficultés les différentes affections, avec lesquelles vous pouvez être amenés à confondre la maladie de Kummel-Verneuil, spondylite du rhumatisme chronique déformant, soit rhumatisme vertébral isolé, soit spondylite rhizomélique de Marie, spondylite typhique et spondylite syphilitique ; c'est à la radiograhpie que vous aurez de nouveau recours pour la différencier d'un mal de Pott post-traumatique ou de troubles nerveux post-traumatiques, qu'il s'agisse d'une simple névrose ou de lésions de la moelle, myélite chronique due à une commotion médullaire.

Au point de vue du traitement, aussitôt qu'après le traumatisme, le diagnostic de fracture aura été nettement posé, il conviendra de procéder immédiatement à une immobilisation de la colonne vertébrale par un grand appareil plâtré, qui devra être maintenu pendant plusieurs mois. Suivant la nature et la variété des lésions, cette immobilisation pourra être précédée d'extension continue ou même d'opération ankylosante, comme l'ont préconisé Lecène et Huet. Lorsque la spondylite sera confirmée, c'est encore à l'immobilisation que l'on devra également s'adresser, d'abord pour soulager le malade en atténuant ou supprimant ses douleurs, et en second lieu pour lui éviter une aggravation certaine des lésions.

CE QU'IL FAUT SAVOIR DE LA DYSTOPIE DENTAIRE

Docteur P.-L. MARONNEAUD
Stomatologiste des hôpitaux de Bordeaux

La dystopie dentaire pose un problème étio-pathogénique qui, jusqu'à ces derniers temps, n'a pas vraiment éveillé suffisamment la curiosité du médecin. Il faut avouer que l'hybride situation de l'art dentaire, codifié en marge de la médecine, a singulièrement contribué à soustraire aux préoccupations médicales certaines questions qui l'intéresse cependant au premier chef. Parmi celles-ci figurent, dans le domaine orthopédique, les mécanismes dysmorphogénétiques et la signification morbide des déviations et malpositions dentaires.

Ne voir dans la dystopie qu'une anomalie ne ressortissant, dans ses origines et ses conséquences, que de l'art dentaire, avec des préoccupations d'ordre surtout esthétique, c'est limiter singulièrement le problème. C'est méconnaître, en effet, toute la morphogénétique dento-squelettique du crâne facial, et ne pas admettre par ailleurs, dans la plénitude de leur valeur :

1° Les rapports morphologiques, qui lient réciproquement la dent et le squelette ;

2° Les responsabilités morphologiques de l'assemblage dento-maxillaire vis-à-vis des conduits aéro-digestifs supérieurs ;

3° L'intimité des relations, qui existent entre les cycles évolutifs des différents départements du crâne facial, et les grands processus évolutifs de la croissance en général.

Il y a donc une interprétation médicale de la dystopie, qui domine les concepts odontologiques et qui intéresse le médecin.

En effet, si le système dentaire offre à certains points de vue une indépendance toute relative, conditionnée par l'orientation et l'évolution propre des bourgeons, il n'en est pas moins vrai que l'os et la dent constituent une véritable symbiose organo-tissulaire soumise à l'influence prépondérante de l'évolution du squelette, et que ce dernier dans son ensemble se trouve lui-même soumis aux grandes lois fondamentales de la biologie évolutive, dans lesquelles s'intègrent et s'identifient, d'une part les facteurs individuels acquis et d'autre part, les facteurs héréditaires.

On ne peut pas ignorer par ailleurs, que la pathologie et la morphologie ont, en général, des rapports assez étroits et, qu'au niveau du squelette dento-facial en particulier, ces deux facteurs exercent leurs réciproques influences. C'est sur ces dernières que sont fondées les théories pathogéniques (cycle d'aggravation réciproque de Pierre Robin) qui doivent se trouver à la base de toute thérapeutique correctrice. C'est en raisnn de ces notions, qui ne peuvent être ni méconnues, ni contestées, que nous allons tenter de formuler brièvement quelques points essentiels et souvent litigieux, qui persistent encore en orthopédie dento-faciale.

En face d'une dystopie dentaire :

1° Il faut savoir, comme nous y faisions allusion tout à l'heure, que celle-ci reconnaît deux origines : *a*) une origine dentaire pure, représentée par la mauvaise orientation primitive des bourgeons, nous les étiquettons dystopies primitives essentielles ou cryptogénétiques, acquises ou héréditaires ; *b*) une origine maxillaire par déformation ou malformation de la base osseuse, et qui reconnaît de multiples causes : mécaniques (habitudes vicieuses), pathologiques (rachitisme, dysendocrinies, syphilis...) évolutives (dysmorphies squelettiques héréditaires ou acquises). Dans ces cas, les irrégularités dentaires, au même titre que les anomalies nasales, ne représentent qu'un élément diagnostique et n'ont effectivement qu'une valeur de symptôme.

Comment faire le diagnostic différentiel ?

Par le fait que la dystopie primitive n'intéresse en général qu'un nombre très limité de dents (quelques unités) et que la déviation est le plus souvent représentée par des rotations ou des versions. La dysmorphie, par contre, se reconnaît à deux grands groupes de tests.

D'abord les tests morphologiques : *a*) locaux, qui se cantonnent soit au niveau de la cavité buccale (irrégularité et déformation des arcades dentaires, malengrènement d'occlusion, ogivalité ou surabaissement excessif de la voûte, etc.), soit, au niveau des cavités nasales (atrésie, déviation de la cloison) ; *b*) généraux, représentés par d'autres altérations squelettiques concomittantes ou deutéropathiques (affaissement de la ceinture scapulaire, déviation du rachis par exemple), à telle enseigne qu'il est courant de relever ces anomalies ou d'apprendre, lors de l'examen que l'enfant dysgnathe fait déjà de la gymnastique orthopédique, ou porte dans sa chaussure, une plaque plantaire.

Viennent ensuite les tests fonctionnels, qui découlent des premiers en vertu des lois de l'équilibre morpho-fonctionnel. Ils se rencontrent

surtout dans l'hypogénésie et sont caractérisés eux aussi par des troubles : *a*) locaux qui se résument dans les signes de l'insuffisance respiratoire (par obstruction haute, nasale, ou basse, glossoptosique, d'après la judidieuse classification de Pierre Robin) ; *b*) généraux, qui traduisent les conséquences de l'insuffisance respiratoire et qui sont représentés par l'hypotrophie, celle-ci frappant plus généralement l'appareil musculo-ligamentaire ;

2° Il faut savoir, et c'est là le corollaire thérapeutique :

a) **qu'aux** dystopies essentielles s'opposent les manœuvres et les dispositifs correcteurs orthodontiques classiques : fil métallique parcourant la face externe ou interne des dents (arc vestibulaire d'Angle — arc lingual de Mershon), dispositifs inamovibles fixés par des bagues scellées sur les dents ;

b) **qu'aux** dysmorphoses squelettiques s'opposent des appareillages orthopédiques mobiles et prenant point d'appui sur les maxillaires et les dents (technique de Pierre Robin, la première en date de Schwarz de Vienne, d'Andressen, d'Oslo).

3° Il faut savoir qu'une dysmorphie se manifeste bien entendu soit en hypergénésie, soit en hypogénésie ; que seules les hypogénésies entraînent des altérations fonctionnelles et que ce sont elles qui, de beaucoup, sont les plus fréquentes ;

4° Il faut savoir que, sauf des rarissimes exceptions (telle la dysgénésie dento-squelettique héréditaire ou hérédité croisée de Pont), la morphologie du squelette doit s'harmoniser et se soumettre aux exigences du système dentaire en lui offrant une base suffisante, qui lui permette l'évolution et l'arrangement correct et régulier d'une denture normale et complète. Aussi est-il logique de condamner « de principe » toute avulsion dentaire généralement proposée sous le fallacieux prétexte de « faire de la place ». Ces suppressions d'organe au cours du développement maxillaire non seulement aggravent l'anomalie, mais lui confèrent en outre, un caractère d'indélébilité.

A une plus grande échelle, l'hypogénésie du corps des maxillaires des sujets congénitalement ou pathologiquement paucidentés le prouve (1).

De ces faits découlent : 1° le veto catégorique et indiscutable qu'il y a lieu d'opposer à toute proposition d'extraction dite « préventive », concernant aussi bien la denture temporaire que permanente ; 2° le constant souci, dont doit faire preuve le dentiste pour conserver à tout prix des dents altérées par la carie, surtout les dents temporaires ;

5° Il faut savoir enfin qu'il n'y a pas à attendre un âge déterminé pour entreprendre une correction. Discuter de l'âge du redressement dentaire est, nous l'avons déjà dit (2), un non sens, car en orthopédie spéciale les dogmes de l'orthopédie générale gardent toute leur valeur impérative.

C'est pour cela que, comme pour une luxation congénitale de la hanche ou une scoliose, une correction dento-maxillaire doit être entreprise dès qu'elle est dépistée et au cours de la croissance. C'est un fait d'observation courante qu'une correction est en général d'autant plus rapide et parfaite qu'elle a été entreprise plus précocement.

***

En conclusion, plus d'équivoque, d'hésitation ou de désintéressement en face d'une anomalie dentaire, et au médecin auquel il est donné de l'observer échoit le devoir :

1° *de faire* autant que possible, grâce aux tests complémentaires rhino-laryngologiques et généraux, *le diagnostic différentiel entre une simple dystopie essentielle et une dysmorphie maxillaire* ;

2° *de conseiller de toutes façons des corrections précoces* ;

3° *de les imposer pour les dysmorphies surtout si elles sont héréditaires, enfin* ;

4° *de proscrire systématiquement les extractions.*

Ce faisant il est certain d'avoir rempli vis-à-vis des parents son rôle de conseiller averti, et d'avoir dans une plus ou moins large mesure contribué à sauvegarder l'avenir de l'enfant.

(1) Il n'est pas question ici des résorptions involutives alvéolaires des édentés adultes.

(2) Le médecin en face des anomalies dento-faciales. « Communication à la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux. Séance du 30 mai 1941.



LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

Blennorragie et sulfamidothérapie perfectionnée

d'après P. DUREL (1)

Les résultats incontestables et excellents, obtenus grâce aux sulfamides dans le traitement de la blennorragie, ont déjà été exposés dans notre journal (2). Cependant, les succès ne comportaient guère que 80 ou 90 p. 100 de réussites. Il s'agissait de faire mieux encore, en expérimentant des corps sulfamidés, que l'organisme tolérerait plus parfaitement, et en recherchant leur association avec des médications réputées actives. De nouvelles techniques sont nées, dont il faut maintenant tenir compte.

L'urétrite masculine aiguë de contamination récente, constitue l'indication *majeure* du traitement sulfamidé. Cette urétrite doit bien être distinguée des urétrites subaiguës de réinfection, moins sensibles aux sulfamides, car elles sont généralement le témoin de la persistance de petits foyers, dont l'évolution est beaucoup plus capricieuse.

Dans la thérapeutique, a été introduit un nouveau dérivé sulfamidé, qu'il est possible de faire tolérer à hautes doses. Il s'agit de sulfathiazol ou 2090 R. P., ou 2 - (p. aminobenzène sulfamido)-thiazol ; grâce à lui, on serait à même de réaliser, dans le sang et dans l'urine, une concentration de produit actif, suffisante pour la destruction des gonocoques. Le traitement classique de plusieurs jours pourrait devenir le traitement d'un jour, en donnant 5 à 10 grammes du produit, au cours de la journée, avec intervalle nocturne ne dépassant pas sept heures. D'après Gaté et Guillerot, l'évolution bactériologique du gonocoque serait la suivante : dès la cinquième heure, les diplocoques se dissocient, perdent leur formation en amas ; ils deviennent cocciformes, irréguliers ; de la sixième à la dixième heure, les polynucléaires s'altèrent, semblent libérer les gonocoques qu'ils contenaient, si bien qu'il y a une prédominance nette vers la huitième-neuvième heure d'éléments microbiens extra-cellulaires ; enfin les germes disparaissent vers la dixième heure. Parfois, on observe, en outre des altérations de l'affinité tinctoriale du gonocoque, qui peut sembler passagèrement Gram positif. Il en serait ainsi dans 80 ou 90 p. 100 des cas.

Deux méthodes de traitement :

1° *La sulfamidothérapie exclusive.* D'après P. Durel : en prises fractionnées, cinq grammes de sulfathiazol par jour pendant deux jours ; quatre grammes de sulfathiazol pendant deux jours ; éventuellement 2 grammes de sulfathiazol pendant un jour, suivant les épreuves de guérison que l'on renouvelle au bout de quatre jours : instillation dans l'urètre de 4 ou 5 c. c. de nitrate d'argent à 1 p. 100 ; ingestion de bière.

Les incidents sont exceptionnels : céphalée, quelques troubles digestifs. La concentration du produit actif dans l'urine pourrait amener sa cristallisation dans les tubes urinaires ; aussi, faire boire en quantité suffisante les malades.

2° *Les associations thérapeutiques.* — L'association de grands lavages se traduit par une diminution de 1 gramme par jour dans la posologie du sulfathiazol ; mais, ils ne sont pas à recommander dans l'urétrite masculine non compliquée, en raison de la possibilité d'incidents ; les réserver aux sulfamido-résistants ; il en sera de même pour les autres antiseptiques locaux ou généraux, pour la pyrétothérapie.

Dans l'urétrite masculine compliquée à petits foyers (autrement dit, urétrite chronique) il n'y a qu'une thérapeutique : *l'action locale.* Il faut, détruire ces petits foyers localisés soit par massages sur béniqué, soit par diathermo-coagulation sous contrôle endoscopique. (Bien entendu, tout traitement interventionniste est à rejeter dans la prostatite non abcédée).

Pareilles urétrites compliquées ont pu aussi se développer chez les *sulfamido-résistants*, lorsque le traitement de l'urétrite a commencé trop tard. Parfois encore, le traitement a été mal commencé, par de trop petites doses. Cette mauvaise posologie peut avoir mithridatisé le gonocoque contre le traitement. Il faut alors frapper soit en employant des posologies particulièrement fortes (8 à 10 grammes de sulfathiazol pendant trois jours), soit en augmentant l'activité

◆◆◆

(1) Nouvelles tendances de la sulfamidothérapie dans la blennorragie. (*Paris médical*, 10 janvier 1942).

(2) Les nouveaux traitements « express », de la blennorragie. *Le Concours médical*, 1er juin 1941, p. 991. — La blennorragie sera-t-elle vaincue. (L. GROLLET). *Le Concours médical*, 15 juin 1941 p. 1079.

des sulfamides par la pyrétothérapie (Propidon, Dmelcos). Ces « rattrapages » sont d'ailleurs moins brillants que les guérisons de l'urétrite même.

Parfois cependant, la sulfamido-résistance n'est due ni à la constitution d'un petit foyer, ni à une erreur thérapeutique. Il peut y avoir : assimilation insuffisante des sulfamides, blocage dans le système réticulo-endothélial (qui justifie l'association avec l'acridine ou le rouge Congo), fabrication par l'organisme contaminateur d'antisulfamides.

La **blennorragie féminine** étant plutôt sournoise, devient rarement l'homologue de l'urétrite aiguë de contamination récente chez l'homme ; on ne peut donc obtenir, par le seul traitement sulfamidé, les 90 p. 100 des résultats du traitement exclusif chez l'homme. Celui-ci ne vaut que pour la cervico-vaginite *aiguë*, la cervicite purulente *pure* et l'urétrite *jeune*, et encore faut-il un traitement de plusieurs jours. La fréquence des petits foyers, chez la femme, oblige d'ailleurs à jumeler sulfamidothérapie, à titre d'adjuvant, et soins locaux : lavage d'une urétrite, destruction d'une skénite, électro-coagulation d'un kyste, parfois diathermo-coagulation d'une cervicite purulente rebelle. Ceci, dit pour les blennorragies prolongées, s'applique également aux blennorragies d'emblée compliquée s (lithrite, skénite, bartholinite).

G. Fischer.

ACTION DES PLAQUES D'ALUMINIUM SUR LES PLAIES ATONES

Dans une intéressante communication faite à l'Académie de chirurgie, communication qui a fait l'objet d'un rapport de M. Menegaux, M. Brette (des hôpitaux de la Marine) signale l'action cicatrisante de l'aluminium appliqué sur des plaies traînantes.

L'observation princeps concerne un jeune mécanicien soigné dans le service de M. Brette pour une brûlure infectée du poignet droit. Au soixante-douzième jour, la lésion résiste toujours aux thérapeutiques employées. Soupçonnant le malade de l'entretenir, l'auteur applique sur la plaie une petite plaque d'aluminium pur, préalablement bouillie, la fixe avec un cutiplaste et la recouvre d'un pansement portant des marques extérieures ne permettant pas de l'enlever sans que le chirurgien s'en aperçoive. Quatre jours après, pansement et plaque sont retirés. Le pus, le fond sanieux de la perte de substance ont disparu ; plus de bords déchiquetés. La plaque est remise pendant quatre jours et, à son ablation, la plaie est entièrement cicatrisée.

Pour préciser s'il s'agissait bien d'une action réelle de l'aluminium, M. Brette a recommencé l'expérience et, chaque fois, il a observé une cicatrisation rapide. Il a employé avec un succès constant ce procédé sur de nombreuses plaies traînantes et l'application d'aluminium pur a toujours été suivie de guérison à court délai. Des plaques de cuivre, dans les mêmes conditions, ont donné des résultats variables et dans quelques cas mauvais : ce dernier métal ne convient pas pour cette métallothérapie des plaies.

M. Menegaux, dans son rapport, remarque que si les sels de cuivre sont toxiques, il n'en est pas de même pour l'aluminium dont la présence n'altère nullement la vie et la croissance du tissu conjonctif, comme il l'a montré avec Moyse et Odiette par la méthode des cultures de tissu.

Est-ce, plus spécialement, sur la cicatrisation épidermique que l'action bienfaisante de l'aluminium se manifeste ? Celle-ci n'est-elle pas due au fait de la mise au repos de la plaie sous la plaque métallique, qui n'adhère pas à la perte de substance ? Le pansement rare utilisé ici conjointement avec la plaque joue peut-être aussi un rôle Quoi qu'il en soit, il était intéressant de signaler cette méthode nouvelle de traitement des plaies atones.

M. Jean Gosset rappelle que sur les greffes de peau totale, les chirurgiens américains appliquent souvent une feuille d'argent pur, qui semble donner des résultats heureux.

P. L.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'œdème pulmonaire infectieux aigu d'allure grippale

P. Louyot et F. Haushalter exposent que, si les complications pulmonaires de la grippe prennent parfois une allure redoutable, c'est par suite d'une virulence acquise par le virus au cours de ses repiquages naturels successifs sur différents individus. En temps normal, cette éventualité est exceptionnelle ; mais il ne faut pas la méconnaître, puisque d'un diagnostic précoce découle un traitement immédiat, qui peut sauver le malade.

L'œdème pulmonaire infectieux apparaît brusquement dans les dix premiers jours de l'infection ; il se traduit par des signes généraux, physiques et infectieux. On connaît les bienfaits d'une saignée aussi copieuse que possible ; celle-ci sera complétée par l'administration de toni-cardiaques : d'abord injection intra-veineuse d'ouabaïne, puis injections répétées de camphre, seul ou associé à la spartéine. Il est bon de prescrire également un sédatif pour calmer l'irritation du système nerveux (morphine), puis l'oxygénothérapie. Si la crise d'œdème ne cède pas rapidement, le pronostic est très grave : il s'agit d'un syndrome malin. (*Paris médical*, 20 novembre 1941).

Le traitement chirurgical des abcès encéphaliques associé à la sulfamidothérapie

Le Professeur agrégé Piquet pense, d'après son expérience personnelle, que la sulfamidothérapie constitue un moyen efficace pour lutter contre l'infection progressive de la substance cérébrale partant de l'abcès, et qu'elle pourrait améliorer le pronostic post-opératoire. D'après lui, le traitement des abcès encéphaliques peut être conduit de la manière suivante : 1° Agir chirurgicalement sur le foyer osseux ; 2° Décomprimer la masse cérébrale ; 3° Draîner aussi simplement que possible l'abcès ; 4° Agir sur l'encéphalite progressive. Ceci est surtout le rôle de la sulfamidothérapie, que l'on peut envisager aussi bien par action générale que locale, en instillations dans la cavité de l'abcès. (*La Presse Médicale*, 25 octobre 1941).

La gono-réaction et la recherche des blennorragies contagieuses chez la femme

R. Demanche et ses collaborateurs ne discutent pas la valeur de la gono-réaction, en tant que méthode biologique générale ; sa spécificité et sa sensibilité ont été établies par de nombreux auteurs. Cette réaction est négative chez les sujets indemnes d'infection gonococcique ; elle est positive, neuf fois sur dix, lorsqu'une blennorragie évolue.

Mais, quelle que soit cependant sa valeur, elle ne constitue pour le diagnostic de la gonococcie féminine et pour la prophylaxie de la blennorragie qu'un élément d'appoint, qui complète l'enquête bactériologique, mais ne saurait la suppléer. Du point de vue technique, elle est d'exécution plus délicate que le Bordet-Wassermann, et ses résultats sont parfois douteux, ne devant être acceptés que sous réserve. Une gono-réaction négative ne permet pas d'éliminer la blennorragie, ni d'affirmer sa guérison. Une gono-réaction positive témoigne sans doute de l'existence d'une infection gonococcique, mais elle ne prouve pas son actualité ; il faut l'aide de la bactériologie.

Mais, si celle-ci est muette après réactivation, une gono-réaction positive a une forte valeur de présomption, si, en plus, la femme est signalée comme contaminatrice. Chez une malade, qui vient d'être traitée, la persistance d'une gono-réaction positive doit faire craindre une rechute, et faire renforcer la surveillance de la guérison. (*Le Bulletin médical*, 22 novembre 1941).

Hyperthyroïdie et vitamine A

Chez les hyperthyroïdiens, on note un déficit en vitamines, que le Docteur Thiele a pu attribuer à un trouble du système neuro-végétatif, et plus spécialement à une augmentation des oxydations. Or, dans les conditions normales, c'est la vitamine A, qui est tributaire presqu'exclusivement des mécanismes d'oxydation et qui se trouve en déficit. Il ne s'agit donc pas d'un antagonisme entre la thyroxine et la vitamine A, ainsi que le confirme l'expérimentation. D'ailleurs l'auteur n'a pu relever aucune action de ce composé sur ses malades hyperthyroïdiens.

L'administration de vitamine A est susceptible de faire disparaître les symptômes de cette avitaminose, notamment l'héméralopie ; mais ceux-ci deviennent spontanément moins évidents, à mesure que s'améliore la maladie. Bref, la vitamine A ne constitue pas une médication causale, mais simplement symptomatique de l'hyperthyroïdie. *Munch. Mediz. Wochens.*, 8 août 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Pleurésie primitive à « bacillus fusiformis »

(MM. A. LAPORTE, J. BOURGEOIS et H. BROCARD ; 22-8-1941)

Cette observation démontre que le bacillus fusiformis, malgré son ubiquité de saprophyte, est susceptible de déterminer des pleurésies primitives. Elle prouve que ce germe est bien pathogène par lui-même, et qu'il est notamment capable d'être à l'origine de suppurations pleurales primitives. Or, celles-ci semblent avoir un aspect clinique bien spécial ; elles s'écartent franchement par leur symptomatologie, par le caractère du pus et par leur évolution, des pleurésies putrides produites par l'association de plusieurs espèces anaérobies. Elles constituent une entité clinique, qu'il con venait d'isoler dans le cadre plus général et encore peu connu des pleurésies purulentes monomicrobiennes à anaérobies non telluriques.

Le traitement de l'ulcère de l'estomac par le benzoate de soude intraveineux

(M, P. BRODIN ; 22-8-1941)

Cette méthode a été employée pour les seuls cas graves, où la douleur correspondait à des lésions organiques importantes, se traduisant à la radiographie par un gros diverticule ou une niche. Les injections intraveineuses étaient pratiquées chaque matin à jeun, en utilisant une solution aqueuse à 20 p. 100, à la dose de 25 centigrammes, et même de 1 gramme. A ce traitement étaient toujours associés le repos complet, le régime et le pansement au carbonate de bismuth. L'amélioration dans tous les cas a été extrêmement précoce. Dès les premiers jours du traitement, les douleurs ont cédé pour disparaître à peu près complètement dès le huitième ou le dixième jour. L'amélioration radiologique a été également extrêmement rapide ; des lésions importantes ont diminué des deux tiers dès la première semaine, pour disparaître complètement vers le quinzième jour. Cette rapidité d'évolution ne permet pas d'attribuer au seul repos les résultats obtenus ; ceux-ci paraissent d'ailleurs durables et se maintenir malgré la reprise des occupations habituelles.

G. F.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Différences de siège des fractures de jambe suivant la manière dont les jambes sont protégées par les chaussures

(M. ROUHIER ; 5-11-1941)

M. Rouhier a pu noter des différences radicales de nature entre les fractures de jambe, produites par des accidents identiques de glissement et de chute, suivant la manière dont les jambes sont protégées et engaînées.

Pendant l'hiver 1939-1940, chez des soldats chaussés de forts brodequins à tige de cuir épais emboîtant les malléoles et consolidés encore par le port de bandes molletières, l'auteur a observé des fractures — nombreuses, d'ailleurs, en raison de l'obscurité de la défense passive et du verglas prolongé — siégeant à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du tibia. A l'hôpital du camp de Mailly, par contre, il y eut peu de fractures du tibia et beaucoup de fractures malléolaires, parce que le camp de Mailly était par moments un bourbier où les hommes en exercice évoluaient non plus en brodequins et en bandes molletières mais en bottes de caoutchouc relativement molles, à l'intérieur desquelles les chevilles étaient libres : les malléoles cédaient alors avant le tibia.

Rapports présentés à la séance du 5-11-1941

Empyème pleural post-pneumonique et péricardite purulente. Péricardotomie, puis pleurotomie. Guérison, par M. DU BOURGUET. (Rapport de M. Jean PATEL).

L'incision de la lame sus-optique. Résultats et indications à propos de douze observations, par MM. J. DECHAUME et L. MANSUY (Rapport de M. PETIT-DUTAILLIS).

Appendicite aiguë à forme occlusive par volvulus du grêle. Diagnostic radiologique erroné d'iléus biliaire, par M. Jean-Louis LORTAT-JACOB. — **Un cas de volvulus de l'iléon autour de l'appendice.** Aspect radiologique, par MM. MIALARET et DUBOST (Rapport de M. PETIT-DUTAILLIS).

P. L.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 6-10-1941

La sulfamidothérapie en gynécologie. — Rapport présenté par M. J.-E. MARCEL.

Les sports chez la jeune fille et la femme, leur choix, leurs limites.— Rapport présenté par M. Maurice FABRE.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

❖ ❖ ❖

LA RÉORGANISATION DE L'EXERCICE DE LA CHIRURGIE

De plusieurs côtés, il nous revient que des réformes sont à l'étude pour réglementer l'exercice de la chirurgie. Des rapports que nous avons pu lire, des conversations que nous avons pu avoir il semble que ces projets ne seront pas sans causer quelque surprise et il serait peut-être bon d'en parler entre nous, pour éviter de nous voir dotés, du jour au lendemain, d'une organisation théoriquement et administrativement correcte, mais dont la réalisation aura peut être le défaut de ne pas tenir suffisamment compte de ce qui existe et marche bien.

Les organisations médicales et chirurgicales trop théoriques, ceux qui comme moi ont fait les deux dernières guerres dans le Service de santé ont pu par deux fois se rendre compte de ce que les évènements, et tous leurs imprévus, faisaient d'elles.

Admirables sur le papier, où le blessé passe d'un hôpital à un autre, d'un premier chirurgien à un deuxième puis à un troisième, on se rend très vite compte qu'elles ont le tort de ne pas faire entrer en ligne *les valeurs individuelles,* avec tout ce qu'elles comportent d'initiatives et d'activité.

Sans doute à la longue prennent-elles plus de souplesse, mais ce n'est guère qu'à la fin de 1917 que les conceptions de 1916 après bien des tâtonnements , bien des modifications, bien des erreurs, commençaient à être au point.

Ce que la guerre oblige à faire vite, nous pouvons en temps de paix le réaliser avec réflexion, en nous entourant des informations nécessaires, en prenant tous les conseils utiles, pour éviter ces règlementations provisoires qui viennent troubler la pratique de chacun, en le laissant dans l'ignorance de ce qu'il doit exactement faire.

Nous pensons que les projets d'organisation chirurgicale encore à l'étude ne partiront pas d'une conception schématique, parfaite du point de vue administratif ou départemental, mais ne s'occupant ni de ce qui existe, ni des possibilités individuelles qui varient avec les activités chirurgicales. Il n'est point indispensable pour réorganiser de tout jeter par terre, de décourager les bonnes volontés et d'obliger chaque département à avoir une organisation identique à celle du département voisin, sans tenir compte, ni du milieu agricole, industriel ou bourgeois, ni de la géographie, ni des communications qui font que la médecine et surtout la chirurgie s'exercent de façon dissemblable d'un endroit à un autre.

Gardons-nous surtout de copier pour un pays en paix des conceptions unitaires comme celles du service de santé qui concernent un pays en guerre.

Les points de vue ne sont en rien comparables. Le service de santé dispose en temps de guerre de tous les médecins qu'il veut, il les place où il le juge utile, les déplace selon les circonstances, leur donne des affectations temporaires ou définitives, *et surtout leur assure un budget bien équilibré et sûr.*

Il est impossible de faire de même pour organiser la chirurgie civile où les postes sont tenus pendant de longues années, où la clientèle va vers celui en qui elle a confiance, sans se soucier des distances et des difficultés du chemin, où le noyau des clients s'augmente autour de l'homme qui réussit, se raréfiant au contraire lorsque le successeur n'a plus les mêmes qualités, On comprendrait mal qu'une réorganisation prive les malades de cette liberté pour les obliger à aller au chirurgien dont dépend leur secteur administratif. Il y a autre chose à considérer dans l'exercice de la chirurgie que des installations matérielles. Il y a les hommes dont la valeur et les mérites doivent entrer en ligne de compte.

L'organisation de la France chirurgicale est justement difficile parce qu'elle doit compter avec la valeur de ceux qui y exercent. Il semble qu'avant de créer une organisation inspirée par les divisions administratives, il soit nécessaire de connaître les activités et les possibilités des chirurgiens.

Dans ce recensement qui devrait être fait

avec soin, on pourrait s'inspirer utilement de ce qu'avait fait l'autorité militaire, entre les deux guerres, en examinant les titres, les capacités, l'activité des réservistes qu'elle était appelée à utiliser ; ainsi il était possible de leur donner une affectation logique et de les employer au mieux de leurs compétences.

Ce même effort est nécessaire, pour connaître de quels éléments se compose la France chirurgicale. Il permettra de se rendre compte qu'à côté des services régulièrement pourvus, il y a à la tête de services importants des hommes dont l'âge a diminué l'activité, d'autres qui devraient se borner à faire des aides, d'autres encore qui ne doivent leur place qu'à l'intrigue. Sans doute, il est difficile de faire cesser ces abus qui depuis des années se perpétuent, malgré les récriminations et les plaintes de ceux qui se voient privés d'un poste auquel ils pourraient prétendre, et malgré *le danger public que constitue un chef de service insuffisant,* puisque le hasard d'un accident d'automobile peut vous faire tomber, vous ou moi, entre ses mains.

Je pense que bien des services hospitaliers, et c'est pourquoi la réforme s'impose, ont été confiés à une époque où les chirurgiens étaient rares, à des hommes qui n'y auraient jamais dû prétendre. Ils y sont restés, car en tenant la place, ils empêchaient le chirurgien voisin de voir un jeune concurrent s'installer à l'hôpital et rogner sur sa clientèle extérieure.

Il est regrettable que les temps nouveaux perpétuent ces errements et que des conseils de l'Ordre, dont quelques membres peuvent y trouver leur compte, n'aient pas mis fin à de telles combinaisons.

Cependant, c'était bien le désir du Conseil supérieur de l'Ordre, en supprimant la dichotomie, de faire cesser les combinaisons financières, possibles seulement dans ces fiefs, où des aides tenant les places hospitalières permettaient les cabinets multiples et empêchaient toutes nouvelles installations. Il suffit de relire les bulletins officiels pour voir que le Conseil supérieur a voulu avant tout s'insurger contre ces pratiques déplorables. dût son action venir heurter de puissants intérêts particuliers, et *des situations acquises.*

Car c'est « aux fameuses situations acquises » qu'on en revient toujours. Ce sont elles qui, ainsi que je l'ai maintes fois écrit, ont fait échouer toutes les grandes initiatives syndicales ; ce sont elles qui de temps à autre poussaient les majorités jeunes, exaspérées, à balayer des syndicats entiers. Ne permettons pas qu'elles torpillent l'Ordre et j'en adjure les membres éminents du Conseil supérieur qui ont sacrifié leurs travaux et leurs situations pour améliorer le sort de la médecine et de la chirurgie française et non pour faire le jeu de quelques privilégiés.

Dans la réorganisation chirurgicale du pays, tous les chirurgiens qui ont une qualification indiscutable doivent avoir leur place et la possibilité de travailler à l'hôpital. La réorganisation au lieu d'opposer les activités doit chercher à les grouper, pour les utiliser *tous* au mieux des besoins des malades. Ne créons pas ces organisations en forme de pyramide, où la masse des obscurs qui travaillent forme la base, et dont le malin qui sait jouer des coudes et des influences se hisse au sommet.

Notre profession peut être organisée, disciplinée, sans pour cela brimer et étouffer les individus. Elle doit permettre à chacun de se réaliser selon ses moyens, et la réforme pour être féconde doit surtout transformer en une collaboration effective les conflits continuels qui dans les provinces opposent des groupements où on compte des hommes de valeur et dont le point de départ est une injustice ou une inégalité de traitement.

Chaque chirurgien à sa place ; mais *une place pour chaque chirurgien,* tel doit être le slogan de la réforme.

L'autorité des inspecteurs régionaux permet la réalisation rapide de ces améliorations. Il suffit qu'animés d'un désir d'équité ils se renseignent auprès des groupements scientifiques sur la valeur de chacun. Sachant se garder des intrigues locales, des combinaisons de clocher, des influences encore agissantes, ils permettront à la réorganisation de la chirurgie d'être effective.

Pour nous, les praticiens qui depuis de longues années exerçons obscurément notre belle profession, qui comprenons le sacrifice qu'ont dû s'imposer les chirurgiens membres du Conseil supérieur de l'Ordre et le Docteur Serge Huard, chirurgien lui-même, en consacrant la plus grande part de leur activité, pour réaliser ces importantes réformes, nous ne demandons qu'à les aider dans leurs travaux, à sacrifier nos intérêts particuliers, à mettre fin à nos conflits perpétuels et à collaborer à l'établissement nécessaire du Statut de la chirurgie française.

Dr Raphaël MASSART.

LA RELÈVE DES MÉDECINS PRISONNIERS

Le Conseil supérieur de l'Ordre a fait, le jeudi 29 janvier, une communication à la presse sur l'état de la question.

Madame Saint-Germain, représentant M. le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, présidait cette conférence. Elle était assistée des membres de la « Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers » ainsi composée :

Docteur HUBER, représentant l'Union Fédérative nationale des médecins de réserve.
Docteur DE PARREL, représentant la Fédération des Associations amicales des Médecins du Front.
Docteur FÈVRE, représentant le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins.
Docteur LAFAY, 18, avenue de Versailles, Paris.
Docteur CHIGOT, 1, rue Las Cases, Paris-VII[e].
Docteur REYNAUD, interne à l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue Faubourg Saint-Antoine, Paris-12[e].
Docteur THIEBAUT, 8, avenue Bugeaud, Paris-1[me].

Cette relève, si légitime et si souhaitable, il est inutile que nous rappelions à nos lecteurs que nous la réclamons depuis de longs mois. Un volumineux courrier de nos confrères prisonniers nous avait montré l'urgence de la situer au premier rang de nos préoccupations.

Elle entre maintenant, bien que trop timidement encore, dans la voie des réalisations et nous nous hâtons de porter à la connaissance des prisonniers et de leurs famille, ce qui va dans les prochaines semaines pouvoir être entrepris en leur faveur.

La relève actuellement en cours intéresse les médecins nés avant le 1[er] janvier 1900 ou pères de quatre enfants. « Mais, dit Madame Saint-Germain, on est en droit d'espérer que, par la suite, d'autres médecins plus jeunes obtiendront le bénéfice du retour en France ».

Il faut, avant tout, constituer un personnel de relève. On sait comment celui-ci doit être composé : partie par des médecins de l'armée active, partie par des volontaires et enfin, si le nombre des relevants ainsi rassemblés est insuffisant, par des médecins désignés d'office et choisis parmi ceux qui sont en congé d'armistice.

Les médecins d'active affectés et les volontaires sont actuellement en nombre insuffisant pour assurer la relève des médecins réunissant les conditions pour être renvoyés dans leurs foyers.

A fortiori, ne peut-on, avant d'avoir au préalable, recruté des remplaçants, envisager la relève des prisonniers plus jeunes.

Il est donc urgent de porter à la connaissance des médecins les conditions faites aux volontaires pour assurer le service des camps.

Ils ne seront pas traités en prisonniers de guerre et bénéficieront de mesures de faveur en ce qui concerne le logement, le service postal et le paiement de leur solde. Une certaine liberté de circulation leur sera consentie, mais il leur sera interdit de nouer des relations avec la population civile.

Toutes facilités leur seront données pour souscrire au bénéfice de leurs familles des délégations de solde.

Seuls les docteurs en médecine, internes des hôpitaux des villes de facultés peuvent être acceptés comme volontaires. S'ils ont le grade de médecin auxiliaire ou s'ils n'ont aucun grade dans la réserve ou s'ils n'ont jamais fait de service, ils seront, sous réserve de leur aptitude physique à servir, nommés au grade de sous-lieutenant pour la durée de leur mission et percevront la solde et les indemnités afférentes à ce grade.

Les soldes mensuelles s'étagent entre : 10.134 francs au médecin sous-lieutenant de 1[er] échelon et célibataire et 16.193 francs au médecin commandant de 2[e] échelon, marié et père d'un enfant.

Les conditions financières sont donc très favorables et dignes d'intéresser nombre de médecins. Ces offres s'adressent avant tout aux jeunes, non encore installés et qui, en quelques mois, peuvent se constituer un pécule suffisant pour acheter une clientèle.

Les médecins sinistrés de la guerre dont la maison est en ruines, la clientèle dispersée et qui n'ont pu réintégrer leur résidence trouveront ainsi de quoi subvenir largement aux besoins de leurs familles et attendre le moment favorable pour reprendre racine en quelque lieu.

Et puis, sensiblement plus haut que ces raisons d'ordre matériel, il faut placer celles que peuvent faire entendre à quelques-uns la simple notion du devoir et l'esprit de solidarité.

Rien n'est plus catégorique que ces impératifs moraux au regard de ceux qui ont une certaine qualité d'âme ; il arrive que l'intérêt le plus indiscutable le cède en autorité à ces commandements inexprimés mais d'autant plus impossibles à éluder.

C'est sur cette notion élevée de la justice et de l'assistance interhumaine que peuvent compter nos confrères prisonniers.

C'est à ces sentiments que fait appel le Conseil supérieur de l'Ordre.

Pour tous renseignements, s'adresser au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins,

60, boulevard Latour-Maubourg, Paris, pour la zone occupée et 8, quai Jules-Courmont, à Lyon, pour la zone non occupée.

G. LAVALÉE.

AU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE

❖ ❖ ❖

L'OPINION DE NOS CONFRÈRES DE LA ZONE OCCUPÉE SUR LA LÉGISLATION ET LA PRÉVOYANCE MÉDICALES. — RELATIONS DES SOCIÉTÉS DE L'ASSOCIATION ET DES CONSEILS DEPARTEMENTAUX DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le secrétaire général de l'Association générale des médecins de France, notre dévoué confrère, le Dr Touchard, profitant de la venue à Paris de nombreux membres des bureaux de sociétés locales de l'Association générale de la région occupée, appelés à une séance du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, a eu l'excellente idée de les convoquer à une réunion du Conseil général de l'Association générale.

Cette réunion a eu lieu le dimanche 25 janvier, au siège de l'Association, 60, boulevard de Latour Maubourg, et comprenait une cinquantaine d'assistants. On devait y examiner les conditions dans lesquelles s'exerce actuellement l'activité des sociétés, leurs relations avec les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, le rôle de l'Association générale dans l'Assistance confraternelle, le maintien de son organisation actuelle et de sa collaboration avec les autres œuvres d'assistance à buts particuliers, l'examen de la question des œuvres de prévoyance et le désir de l'utilisation par l'Ordre des principaux organismes professionnels de prévoyance qui existent déjà et qui ont fait leurs preuves.

La séance, présidée par le Docteur Darras, vice-président, s'est tenue dans une atmosphère de calme, de dignité, de cordialité toute confraternelle qui nous font bien augurer de l'avenir du Corps médical français. Les sociétés s'entendent fort bien pour la plupart avec les Conseils départementaux de l'Ordre et certaines comme la société de la Somme comptent tous les médecins du département. D'autres comme l'Eure-et-Loir, la Seine-et-Marne comprennent la grosse majorité des praticiens. Cela tient à l'autorité morale de ceux qui les dirigent qui, eux aussi, font partie des Conseils de l'Ordre.

Dans la réunion, organisée par le Conseil général de l'Association générale les ordres du jour, adoptés presque tous à l'unanimité, après leur transmission au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, seront communiqués à la Presse médicale.

Les Docteurs Thiéry (Meuse), Perrin (Meurthe-et-Moselle), de Fourmestreaux (Eure-et-Loir), Gauthier (Vosges), Decourt (Seine-et-Marne), Quesnay (Pas-de-Calais), Bourguignon (Paris), Hardouin (Marne), Choyau (Vendée), O'Followell (Paris), Bardin (Loiret), Subor (Nièvre), Charron (Gironde), Rougeolle (Eure), Hautefeuille (Somme), Durand (Saône-et-Loire), etc. ont tour à tour exposé la situation de leurs sociétés et donné leur avis sur les questions à l'ordre du jour que le secrétaire général avait posées préalablement dans un rapport remarquablement clair et concis. Il s'en suit qu'au point de vue de l'Assistance aux médecins, l'Association générale, secondant les sociétés, doit y conserver son organisation actuelle, tout en assurant une collaboration bien déterminée avec les autres œuvres d'assistance à buts particuliers.

Pour les œuvres de Prévoyance, l'assemblée a souhaité que l'Ordre des médecins utilise, après s'être sérieusement renseigné, les principaux organismes de prévoyance. Certains ont fait leurs preuves, existent depuis plus d'un demi-siècle et possèdent de sérieuses réserves.

Une exposition magistrale sur la prévoyance médicale et la retraite du médecin a été faite par M. O'Followell qui a été longuement applaudi.

M. le Professeur Perrin, de Nancy, se faisant l'interprète de l'assemblée a tenu à remercier M. M. Touchard et O'Followell.

Somme toute, excellente réunion qui ouvre des espérances rassurantes pour l'avenir de la profession médicale. Il est à souhaiter que la pareille ait lieu dans la zone non occupée.

J. Noir.

LA LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR GASTINEL

Le 2 février dernier, devant une fort nombreuse assistance à laquelle suffisait à grand peine l'ampleur du grand amphithéâtre de la Faculté, le Professeur Gastinel, récemment investi de la chaire de bactériologie, a prononcé sa leçon inaugurale.

Terrien d'origine et d'hérédité médicale il évoque avec piété ces divers éléments dont les ancêtres formèrent sa personnalité.

Après un hommage rendu à ses maîtres Widal, Thibierge, Landouzy, Besançon, Teissier, le Professeur Gastinel développe sa conception de la bactériologie et annonce son dessein de tenir la chaire dont il a la charge au contact étroit de la vie et de l'actualité.

Une ère d'activité féconde s'ouvre pour la bactériologie à la Faculté de Paris.

G. L.

LES IDÉES DE L.-F. CÉLINE SUR « LA MÉDECINE STANDARD »

L'auteur du *Voyage au bout de la nuit* « enseignait » l'autre soir à l'Ecole libre des Sciences médicales.

Plus exactement, le Docteur Destouches, médecin d'un dispensaire de la banlieue de Paris avait entrepris de magnifier la médecine standard.

Rien d'étonnant, n'est-ce pas, à ce que le Docteur Destouches parle une langue sœur de celle dans laquelle M. Céline écrit ?

La phrase est ample, invertébrée, coupée d'incidentes, chargée de répétitions de mots dont un qualificatif seul diffère ; un verbe « désécrit » qui se cherche et s'accroît de mille nuances ; un style sédimentaire et qui, par là, éveille des résonances de Péguy. Ajoutez-y la truculence bien connue.

L'ensemble est puissant, bon enfant, un peu vulgaire, mais sympathique. Le Docteur Destouches, de par sa profession, parle et sent « peuple ». Quelques heureuses formules : « A la Faculté, on apprend une médecine de droite ; dans la vie, on pratique une médecine de gauche ».

« Il vaut mieux une médecine élémentaire mais vraie, qu'une médecine savante mais fausse ».

« Ce qui, chez le prolétaire, distingue l'état de santé de l'état de maladie, c'est le fait de pouvoir travailler et aller au cinéma ». Aussi Céline en conclut-il que le but de la médecine, c'est non de guérir, mais de soulager assez rapidement pour permettre à l'homme « de travailler et de prendre un peu de plaisir ».

Donc, notre orateur nous a donné, moins une conférence et *a fortiori* un cours, que la paraphrase à bâtons rompus, la voix un peu voilée, le geste sobre et l'œil narquois, d'un rapport dressé par lui il y a une vingtaine d'années, alors qu'il était attaché à une section d'hygiène de la défunte S. D. N. Ce solennel organisme savait recruter de joyeux compères ! Le fond ? aussi touffu que la forme. Touffu, mais simple. Céline vise à la simplicité et défend en médecine, une théorie symétrique « du communisme Labiche » de sa littérature à prétention politique.

Cette thèse, c'est l'excellence et la nécessité de la médecine standard. Sur 2.200 cas de malades ambulants qui forment la clientèle d'un dispensaire, 300 seulement relèvent du spécialiste et de la « haute médecine ». Les 1.900 autres peuvent se classer en cinq ou six catégories générales pour le traitement desquelles cinq ou six remèdes-types sont parfaitement adéquats, mais doivent être sérieusement mis au point. 340 bronchitiques, 230 gastro-intestinaux, 114 cardiaques, etc. Foin donc de l'adage : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». Songeant à la multitude des produits qui, de par le monde, sont employés au traitement des affections des voies respiratoires, Céline calcule que « le coryza banal coûte beaucoup plus cher que la guerre ».

Par quelles méthodes former des praticiens aptes à l'exercice d'une saine médecine standard ?

1° En instaurant au cours des deux dernières années d'études un cours de « pratique médicale courante », qui aura pour but d'inviter les étudiants à oublier les 9/10e des connaissances par eux précédemment acquises, mais à conserver précieusement le 1/10e restant... qu'il s'agira d'ailleurs de définir ;

2° En imposant au jeune médecin, selon ses vues d'avenir, six mois de stage chez un praticien urbain ou rural ;

3° En mettant à la disposition du Corps médical de bonnes statistiques de morbidité, permettant d'aider à l'établissement rapide d'un diagnostic. « Tant de chances sur mille pour que ce soit un bronchitique », se dira le jeune médecin en voyant entrer dans son cabinet un malade inconnu.

Telle sont les vues de Céline, un peu sommaires n'est-ce pas, mais joyeuses. Si ses auditeurs n'ont pas appris grand'chose du moins ne se sont-ils pas ennuyés. M. Céline pouruivait-il d'autres fins ?

P. D.

CRITIQUE DES ÉTUDES MÉDICALES ET PROJET DE RÉFORME

(*Suite*)

II. — En ce qui concerne les programmes.

Sans contredit, la médecine générale et la clinique ont à reprendre la place prépondérante qu'elles n'auraient jamais dû abandonner. Ce qui ne veut pas dire que les spécialités doivent être négligées ou reléguées comme accessoires de peu d'intérêt.

Il faut, au contraire, que le tout forme un ensemble harmonieux ; le médecin praticien doit connaître obligatoirement des grandes questions des diverses spécialités qu'il n'exercera pas ; de même chaque spécialiste ne doit jamais oublier qu'il est avant tout un médecin et que rien de ce qui touche la médecine ne peut lui être étrangers.

Il faut réapprendre, maintenant aux jeunes que la médecine est une, comme le corps humain, qu'elle a charge de maintenir en bon fonctionnement et que les spécialités doivent étudier avec intérêt les grands syndromes et leur répercussion sur les principaux appareils.

Nous proposerons que soient considérées comme spécialités enseignées obligatoirement à tous :

L'obstétrique avec un stage de six mois ;
Les maladies infectieuses, avec un stage de six mois ;
La pédiatrie, avec un stage de six mois ;
La chirurgie, avec un stage de six mois ;
La dermato-syphiligraphie avec un stage de trois mois ;
La neurologie et maladies mentales, avec un stage de trois mois ;
L'O. R. L. avec un stage de trois mois ;
L'ophtalmologie, avec un stage de trois mois ;
L'électro-radiologie avec un stage de deux mois ;
La stomatologie avec un stage de un mois.

A titre purement indicatif et modifiable, nous envisageons la répartition des stages pendant les années d'études de la façon suivante.

Nous comptons, en moyenne, deux mois de vacances annuelles, pris par roulement.

1re année : Médecine, 7 mois; O. R. L., 3 mois ; Vacances, 2 mois.

2e année : Médecine, 3 mois ; Chirurgie, 6 mois ; Yeux, 1 mois ; Vacances, 2 mois.

3e année : Maladies infectieuses, 6 mois ; Dermato-syphiligraphie, 3 mois ; Yeux, 1 mois ; Vacances, 2 mois.

4e année : Médecine, 3 mois ; Pédiatrie, 6 mois ; Yeux, 1 mois ; Vacances, 2 mois.

5e année : Neurologie, 3 mois ; Obstétrique, 6 mois ; Stomatologie, 1 mois ; Vacances, 2 mois.

6e année : Perfectionnement de la spécialité choisie + électro-radiologie, 2 mois.

Les trois mois répartis sur les 2e, 3e et 4e années, consacrés au stage d'ophtalmologie, seront évidemment bloqués en une seule période.

En ce qui concerne les agents physiques, l'enseignement de cette spécialité pour les médecins praticiens, devra se limiter utilement à la lecture des divers clichés radiographiques, à l'interprétation des images radioscopiques, à la simple connaissance des agents physiques les plus variés de l'infra-rouge aux rayons X et ce que l'on peut demander à chacun d'eux ainsi que ce que l'on peut en attendre. L'étude approfondie ne sera réservée qu'aux étudiants qui se destinent à exercer exclusivement, dans l'avenir, cette spécialité.

Ce stage aura lieu pendant la 6e année; c'est à ce moment qu'il sera le plus fructueux, car l'étudiant ayant fait le tour d'horizon de toutes les spécialités comprendra mieux les images radiographiques qu'on lui présentera et saura mieux les interpréter, en les juxtaposant et les commentant avec les données cliniques.

La 6e année sera consacrée à la spécialité choisie par l'étudiant, mais compte tenu du classement général, de l'ensemble des notes de toute la scolarité et de l'avis des divers professeurs.

C'est dire que chacun ne pourra embrasser une spécialité qu'avec l'assentiment de tous ses maîtres qui auront reconnu qu'il possède les qualités indispensables à l'exercice de cette branche de guérir.

En ce qui concerne la réduction des cours théoriques magistraux, ce n'est pas dans un exposé aussi bref qu'on peut en décider utilement.

A notre avis, cependant, il ne faudrait pas faire trop de coupes sombres. Doivent subsister, après allègement et remaniement des programmes, les cours concernant les sciences paramédicales, l'anatomie, l'histologie, la physiologie, l'embryologie, les pathologies générale et expérimentale, la bactériologie, la parasitologie, la médecine légale, sociale et du travail, l'hygiène, la déontologie.

Devraient être supprimés les cours de pathologies interne, externe, chirurgicale, orthopédi-

que, d'obstétrique, des spécialités, des maladies mentales. Toutes ces matières devraient être enseignées dans les amphithéâtres, dans les hôpitaux et dans les salles, au lit du malade.

D'accord avec les Professeurs Audibert et Montpellier, nous considérons que les grandes disciplines doivent être étalées tout au long des études : telles que l'anatomie, l'histo-embryologie, la physiologie, l'anatomie pathologique. A chaque fin d'année, le concours de passage devrait contenir au moins une question sur chacune d'elles.

Il faut que l'enseignement soit standardisé, progressif, rationnel pour toutes les disciplines aussi bien pour la clinique médicale pure que pour les spécialités.

Dans l'avenir, les programmes devront être élaborés par le ministre de l'Education nationale, comme pour les autres branches de l'activité intellectuelle, et applicables identiquement dans toutes les facultés.

Chaque année, le Professeur réunira ses collaborateurs et arrêtera avec eux le plan de travail de l'année, la suite des conférences, la progression de l'enseignement, les travaux pratiques, les dates et les matières des interrogations.

L'enseignement rationnel comprendra l'étude, pour chaque spécialité, du matériel particulier, sa nomenclature, sa stérilisation, son maniement s'il y a lieu avant sur fantôme ou sur cadavre ; le tout accompagné de films, photographies, dessins, tableaux, etc...

On apprendra, ensuite, la manière d'examiner, d'interroger, de palper. De grands maîtres comme Mondor, Pauchet, Doyen, Portmann et d'autres n'ont pas cru déchoir en apprenant à exécuter correctement ces gestes que certains jugent élémentaires et indignes de retenir l'attention. Ils leur ont consacré de nombreuses pages dans leurs publications.

Enfin, le cours sera complété par l'étude des principales affections de la spécialité. Chaque jour, une conférence ou une leçon clinique seront faites, avant la consultation et les interventions, par le Professeur ou un assistant avec présentation de malades.

Ceci constituera l'enseignement omnibus donné au cours des stages réguliers. Les étudiants désireux de compléter leurs connaissances, dans une branche déterminée, pourront le faire, comme nous l'avons dit plus haut, pendant la 6e année et avec l'agrément des professeurs.

III. — En ce qui concerne le corps enseignant.

Nous avons déjà signalé plus haut les qualités qui doivent être exigées *de tout le personnel enseignant*.

Nous ne pouvons pas ici envisager son recrutement, mais nous dirons, cependant, qu'il nous semble que le concours d'agrégation doit être, au moins, très fortement transformé, sinon supprimé. Nous serions assez disposé à adopter la formule des privat-docent.

Toutes ces réformes ne vaudront qu'autant que ce que valent les hommes qui seront chargés de les réaliser.

La révolution essentielle, capitale qui doit s'opérer est une *révolution morale*. C'est dans les âmes, les cœurs, les cerveaux qu'elle doit se faire.

Je disais, en débutant, crise d'autorité et de discipline. Le devoir des maîtres est de donner l'exemple ; leurs élèves ne seront que ce qu'ils en auront fait.

Quant à la question assez discutée de l'emploi du temps du Professeur, j'estime que celui-ci doit être présent chaque jour, la matinée *entière*, dans son service, pour examiner, opérer les malades, enseigner ou surveiller l'enseignement donné par ses assistants de tous grades.

L'après-midi, possibilité de donner des consultations et d'effectuer des interventions en clientèle de ville. Il est indispensable que le Professeur soit en contact constant avec le monde et ne reste pas enfermé dans sa tour d'ivoire.

Nous faisons nôtre, la thèse de M. Montpellier quant à la personnalité et aux fonctions du Doyen.

A un organisme aussi étendu, vivant, actif qu'est une faculté de médecine et surtout ce qu'elle devra être dans l'avenir, il faut un chef. Il doit être le cerveau de cette immense machine, coordonner ses mouvements ; diriger les efforts, savoir canaliser les initiatives, freiner les unes stimuler les autres, adapter les programmes, assurer l'unité de l'enseignement et être aussi le gardien de la Tradition, en un mot faire de l'ensemble un tout harmonieux auquel il aura imprimé son cachet, sa personnalité.

Enfin, nous approuvons pleinement le désir de M. Audibert de voir en un même lieu, les locaux hospitaliers et les bâtiments universitaires groupés pour réaliser le bloc Hôpital-Faculté où tous les services et toutes les spécialités seront voisins ; afin d'éviter des pertes de temps à tous, professeurs, étudiants, malades et employés.

Voilà un projet brossé à grands traits, il est évidemment susceptible de modifications, d'adaptations de détail, mais les bases sur lesquelles il a été établi, entre autres l'esprit de discipline et de travail pour tous, ne peuvent être touchées, à nos yeux, sans que l'ensemble s'effondre.

Nous exposerons, maintenant, quelques objections, qu'on ne manquera pas de nous faire, avec leurs réponses :

1° Un certain nombre d'étudiants de 1re année vont se trouver tout de go nommés internes. De quelle utilité pourront-ils être pour le chef de service ?

Réponse : L'interne de 1re année, sera évidemment doublé d'un ou plusieurs collègues plus anciens et plus expérimentés que lui. Il sera bien simple, dans la répartition des places, de s'arranger pour assurer un amalgame harmonieux, aussi bien pour les internes que pour les externes, entre les anciens et les nouveaux ;

2° Seuls les hôpitaux des villes universitaires pourront bénéficier d'un service régulier d'internes et externes. Comment feront les petits hôpitaux de province ?

Réponse : Ces derniers recruteront leur personnel médical, parmi les jeunes confrères ou les étudiants ayant terminé leur scolarité et qui désireront se perfectionner. Ils pourront profiter de leurs fonctions pour se familiariser avec le malade ou avec des techniques et traitements particuliers avant d'affronter la clientèle privée. Ceux qui n'auront pas la possibilité immédiate de faire les frais d'installation, pourront être ainsi utilisés pour un temps et s'employer avec intérêt.

Il faudra leur trouver un titre qui ne prête pas à confusion avec celui d'interne de la ville universitaire.

Nous proposons celui d' « assistant ».

Cette disposition sera assez comparable à ce qui existe actuellement pour les sana et hôpitaux psychiatriques.

Tout le monde y trouvera son compte, le chef de service, la Commission administrative, l'assistant et le malade.

On ne verra plus des médecins se qualifier d' « ancien interne » pour avoir occupé au cours de leur scolarité de vagues fonctions dans des services anémiques, auprès de « patrons » de petite envergure dans certains hôpitaux de Tréfouillis-les-Oies, tout en ayant mis les pieds, le moins possible, à la Faculté.

Loin de moi l'idée de prétendre que seuls les internes des villes universitaires sont dignes de considération ; il en est un certain nombre d'autres qui ont acquis, pendant leurs années de fonction dans les hôpitaux de grandes villes de province, une réelle valeur médicale ou chirurgicale.

Mais que dire de certains autres ! !

Une organisation nouvelle assurant les bases de l'enseignement, une discipline intelligente coordonnant les efforts des professeurs et des étudiants, des animateurs enthousiastes, savants et chercheurs modestes, doublés d'enseigneurs émérites, suivis par des élèves studieux et attentifs peuvent seuls faire revivre la Science médicale française et redonner à nos Facultés, dans un cadre nouveau, le lustre d'antan.

Dr SAPET.

LA TOPOGRAPHIE PHYSIQUE ET MÉDICALE DE PARIS EN 1794. ESSAI DE DÉMOGRAPHIE DE PARIS AU XVIIIe SIÈCLE

A la fin du règne de Louis XVI, la Société royale de médecine invita ses membres à lui adresser des observations pour élaborer une topographie médicale du Royaume. Dehorne rédigea un plan sur la Topographie médicale de Paris que ne put pas réaliser la Société qui fut dissoute par le décret de la Convention supprimant les Académies. Le Conseil de Santé reprit l'idée de la Société royale de médecine et chargea de faire ce travail, le citoyen Audin-Rouvière, officier de Santé, membre des deux Sociétés libres d'Histoire naturelle.

Il rédigea un *Essai sur la topographie physique et médicale de Paris, ou dissertation sur les substances qui peuvent influer sur la santé des habitants de cette Cité, avec une description de ses hôpitaux* qui fut édité par l'Imprimerie française de Mnémosyne, quai des Miramiones, n° 206, l'an IIe de la République Française, Une et Indivisible.

Parmi de très intéressants renseignements sur l'hygiène de la Capitale à cette époque, nous relevons quelques données démographiques.

La population de Paris en l'an II (1794) oscillait entre 640.000 et 680.000 âmes. L'auteur ne peut pas donner de chiffres précis, vu le nombre des jeunes gens aux armées et celui des étrangers.

Le nombre annuel des naissances est de 20.500 à 20.600. La mortalité est en moyenne de 18.000 à 20.000 individus. La mortalité infantile est déplorable. Un quart de la génération périt avant *trois* ans, un autre quart avant 25 ans, un troisième quart avant 50 ans et le dernier quart après.

Audin-Rouvière a relevé qu'en 1709, les décès atteignaient 30.000 et 24.000 en 1740.

Il a pu établir le nombre annuel des mariages à Paris au cours du XVIIe siècle :

En 1709, on y célébra 3.047 mariages ; en 1712, ils s'élevèrent à 4.484 pour redescendre à 3.388 en 1720 ; ils remontèrent à 4.000 en 1752, atteignirent 5.114 en 1774 et 5.025 en 1775.

Il serait intéressant de comparer ces données à celles de notre statistique démographique actuelle en tenant compte de la répartition de la population parisienne, la ville ayant été modifiée dans sa topographie.

J. NOIR.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

IV. — Remboursement aux prisonniers de guerre libérés des reçus en marks qui leur ont été délivrés par les autorités allemandes au moment de leur libération.

Sur la demande du ministre secrétaire d'Etat à la guerre, le ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances a pris, en date du 23 juin 1941, toutes mesures utiles en vue de permettre aux prisonniers de guerre rapatriés d'Allemagne de disposer, dès leur rentrée dans leurs foyers, d'une partie de l'avoir en marks déposé à leur nom dans les camps, entre les mains des autorités allemandes :

1° Lors de leur passage aux centres de réception ou de triage ouverts à Châlons-sur-Marne, à Lyon (Sathonay), Limoges (le Palais), Pont-de-Claix (Isère), Roanne et Avignon, et sur le vu du reçu détenu par eux, libellé en marks, et de la feuille de libération délivrée par les autorités allemandes, les prisonniers reçoivent un titre de payement payable à la caisse du comptable du Trésor le plus proche de leur résidence. Le montant du payement ainsi effectué atteindra la moitié de l'avoir en marks, sans pouvoir dépasser un maximum de 5.000 francs.

2° Les reliquats des sommes restant dues aux intéressés après le payement de l'avance prévue dans les conditions stipulées ci-dessus, leur seront réglés directement par les soins de la sous-direction du service des prisonniers de guerre, à Paris, dès que celle-ci aura reçu d'Allemagne les comptes des prisonniers intéressés, qu'ils résident soit en zone non occupée, soit en zone occupée ;

3° Le montant des reçus libellés en marks délivrés aux prisonniers au moment de leur départ des camps, antérieurement à l'application des dispositions prévues au paragraphe 1er sera réglé directement aux intéressés par les soins de la sous-direction du service des prisonniers de guerre dès que les autorités allemandes lui auront fait parvenir les bordereaux correspondants.

Les prisonniers rapatriés antérieurement à la date d'application des mesures précitées et possesseurs de reçus devront, afin d'en obtenir le remboursement, adresser à la direction du service des prisonniers de guerre, 52, avenue du Maréchal-Foch, à Lyon, s'ils résident en zone non occupée ; à la sous-direction du service des prisonniers de guerre, 231, boulevard Saint-Germain, à Paris, s'ils résident en zone occupée, les renseignements suivants :

a) Leur adresse actuelle, la couleur du reçu qu'ils ont entre les mains (rouge ou blanc) et les sommes en chiffres et en lettres qui y sont portées ;

b) Les derniers camps où ils ont séjourné avec leur numéro matricule dans chacun de ces camps ;

c) La date à laquelle ils ont quitté le dernier camp où ils ont été internés.

Le présent communiqué annule et remplace les communiqués officiels nos 24, 42, 62, 69 et doit être tenu, dans toutes les mairies, à la disposition du public.

(*J. O.* 28 *janvier* 1942).

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Les médecins n'auront pas a déclarer leurs honoraires sur les feuilles d'Assurances sociales. — Les électroradiologistes classés comme travailleurs de force. — Sur l'approvisionnement des propharmaciens. — Les nouveaux membres des Conseils départementaux. — L'Académie ne lit pas l'*Officiel*.

Les premiers, nous nous étions fait l'écho de l'émotion et de l'indignation ressenties par le Corps médical devant l'obligation qui lui était faite par la loi de budget, de déclarer sur les feuilles d'Assurances sociales, le montant de leurs honoraires.

Nous avions laissé entendre à nos lecteurs que cette mesure paraissait avoir été surprise à la religion des départements ministériels intéressés.

Nous sommes aujourd'hui en mesure d'affirmer, sans crainte d'être démentis, qu'elle avait été, en effet, glissée dans le projet de loi par certain représentant des Caisses encore tout puissant au ministère du Travail.

Les protestations unanimes des médecins ont porté leurs fruits.

En effet, le Docteur Huard, secrétaire d'Etat à la Santé, vient, en complet accord avec ses collègues des Finances et du Travail, de décider que cette disposition de la loi du 31 décembre 1941 ne serait *pas applicable*, en attendant d'ailleurs qu'elle soit *rapportée*.

Nous obtenons donc satisfaction, et nos confrères n'auront pas à porter sur les feuilles d'Assurances sociales le montant des honoraires perçus.

Les Caisses, se rendant compte d'ailleurs dès le début qu'elles n'obtiendraient pas sur ce point la collaboration du Corps médical, se sont retournées aussitôt vers leurs assurés. Ceux-ci sont menacés de se voir refuser les remboursements auxquels ils ont droit, s'ils n'indiquent eux-mêmes sur leurs feuilles, le montant des honoraires médicaux qu'ils ont acquittés.

Inutile d'insister sur le caractère abusif et illégal de semblable mesure. Les Caisses ne peuvent, en effet, opposer à leurs affiliés une déchéance que la loi n'a pas prévue.

Institut sanitaire, déclaration des honoraires : deux offensives dirigées contre les médecins, deux échecs des Caisses.

***

Les électro-radiologistes des hôpitaux de Paris et leurs assistants ont obtenu leur classement dans la catégorie « travailleurs de force ».

Cela nous paraît être une juste compensation des fatigues et des risques inhérents à l'exercice de cette spécialité. Aussi nous empressons-nous de porter cette décision du service du ravitaillement du département de la Seine à la connaissance de nos confrères électro-radiologistes des hôpitaux. Nous

savons d'ailleurs que pareille faveur a été accordée dans certains départements à des électro-radiologistes. Nos confrères peuvent donc tenter d'obtenir les mêmes avantages.

***

A plusieurs reprises déjà, nous avons été saisis de réclamations par des propharmaciens désireux de se fournir de produits de première nécessité, tels qu'alcool, coton hydrophile, sucre, etc., qui se voyaient répondre par les organismes compétents par des fins de non recevoir plus ou moins déguisées. Nous avons fini par arranger les choses. Mais voici qui, cette fois, semble dépasser la mesure.

Un propharmacien, pour obtenir du lait condensé sucré, écrit au fabricant, lequel lui répond de s'adresser au Comité directeur de la pharmacie d'officine. Notre abonné demande donc, le 27 septembre 1941, à ce Comité un bon de démarrage de 30 boîtes de lait condensé sucré. Sa lettre lui revient quelques jours plus tard avec la mention manuscrite suivante : « Veuillez prier vos clients de s'adresser au pharmacien le plus proche », contresignée du cachet « Comité directeur de la pharmacie d'officine, service du lait ».

Sans vouloir insister outre mesure sur la désinvolture (?) de la réponse du Comité directeur, nous nous étonnons que cet organisme puisse envisager par de tels biais de paralyser les propharmaciens dans l'exercice d'une profession, qui vient une fois encore d'être reconnue expressément par la loi, bien que son statut ait, il est vrai, été fortement entamé.

Ajoutons qu'une décision du répartiteur, chef de la section textile, du 6 janvier 1942, parue au *Journal Officiel* du 10 janvier, a classé les propharmaciens à côté des pharmaciens dans la catégorie des utilisateurs du coton hydrophile, et a reconnu aux propharmaciens, tout comme aux pharmaciens, le droit exprès de vendre du coton hydrophile au public.

Il semble qu'il doive en être de même pour le lait condensé.

Observons enfin que si notre correspondant devait suivre le conseil à lui fort obligeamment donné, ses clients devraient faire 16 kilomètres pour se rendre chez le pharmacien le plus proche, dépenser 16 francs d'autobus et perdre une demi-journée. Voilà qui augmenterait sensiblement la note du pharmacien.

Nous pensons qu'il suffira d'attirer l'attention des milieux compétents sur cet incident fort significatif, pour que notre correspondant obtienne satisfaction.

S'il n'en était pas ainsi, nous n'en resterions pas là. Le secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé doit avoir son mot à dire sur la question, au double titre famille et santé. Le Sou Médical se ferait un devoir de lui soumettre le cas et de soutenir les intérêts de son adhérent, ainsi que de tous les propharmaciens. Le cas échéant même, un recours pourrait être envisagé devant toute juridiction compétente.



Le ministre de la Santé publique vient de désigner les nouveaux membres des Conseils départementaux de l'Ordre. Nous n'avons pas encore connaissance de la liste complète, toutefois nous avons reçu communication des nominations suivantes :

Ardennes : Docteurs BOURGEOIS, GUÉRIN.

Bouches-du-Rhône : Docteur Pierre LAVALETTE, *président* ; Professeur MATTÉI, Docteurs BRAHIC, BENOIT, BOUNAYA.

Gironde : Docteurs POULIN, CHAUVEAU, BALLAN, CANTORNE.

Loire : Docteurs BÉRARD, *président* ; LEMONNIER, MERMET, FAVRE, PERRON.

Pas-de-Calais : Docteurs PEIFFERT, ANDRES, VIEILLE.

Rhône : Docteurs PEYCELON, DUCROUX, REURE, ROSNOBLET.

Seine : Docteurs LABEY, *président* ; FAUVERT, DUVELLEROY, LAFAY, RAVINA, LE PAGE, COFFIN.

Seine-et-Oise : Docteurs AUMONT, FRANÇOIS, LAFONT, GUILLAIN.

***

Le Professeur BALTHAZARD, dernièrement élu vice-président de l'Académie de médecine après plusieurs séances orageuses, trois tours de scrutin et compte tenu de nombreuses abstentions, vient de proposer à la docte assemblée de prendre en mains la défense des intérêts du Corps médical.

L'art. 4 de la loi du 7 octobre 1940, modifiée par celle du 31 décembre 1941 n'en confiait plus le soin au Conseil supérieur de l'Ordre, affirma-t-il sur le vu d'une coquille, qu'il n'a pas été le seul à relever.

D'autres s'en sont émus.

Un rectificatif, paru au *Journal officiel* près de deux semaines avant la communication du nouveau vice-président, est venu rectifier à temps la coquille et restituer sa teneur au texte original. Et c'est tant mieux.

L'Académie était-elle apte, en effet, de par son recrutement et ses préoccupations, à remplir le rôle qu'on voulait lui attribuer ?

Que l'Ordre, de son côté, ne cherche pas à jouer le rôle de Conseil du Gouvernement en matière d'hygiène ; qu'il se cantonne au domaine professionnel pour lequel il a été créé. La tâche est d'ailleurs écrasante.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Accidentés du travail hospitalisés. Paiement des honoraires

Les médecins et chirurgiens des hôpitaux peuvent-ils, en matière d'accident du travail, réclamer leurs honoraires directement aux malades admis à titre payant à l'hôpital ?

Réponse

La question posée par votre lettre du 2 décembre préoccupe depuis longtemps les médecins

d'hôpital, et j'ai eu l'occasion d'y répondre déjà sur une consultation des médecins de Fougères, en 1938. Bien que, depuis cette date, la législation des accidents du travail et celle des Assurances sociales aient changé, ma réponse demeure valable ; elle est même valable *a fortiori*.

L'arrêt Dufour n'est pas dicté seulement par la préoccupation de soumettre les honoraires médicaux au contrôle des autorités hospitalières ; il est essentiellement fondé sur le principe que l'hôpital assure un service public ; que, c'est à ce titre qu'il reçoit ses pensionnaires ; que c'est en qualité de fonctionnaire de ce service que le médecin fait les actes qui lui ouvrent droit à rémunération ; que cette rémunération est donc incluse dans les sommes dues à raison de l'hospitalisation et doit dès lors être recouvrée par les soins de l'Administration au même titre que le prix de journée proprement dit. Le Commissaire du gouvernement Latournerie, qui a pris les conclusions auxquelles le Conseil d'Etat s'est rallié, — qui, plus exactement, a exprimé l'opinion du Comité d'instruction sur le rapport duquel l'arrêt a été rendu — observait en effet que si, dans les cas où le service de l'hôpital est payant, l'établissement est en droit d'exiger de son pensionnaire, ou du tiers payant, une rémunération supérieure à la quote-part afférente au traitement du médecin dans son prix de journée, cette rémunération complémentaire constitue une véritable taxe que l'hôpital peut prélever au profit de ses médecins, mais qui a le caractère de deniers publics.

Il en est ainsi à plus forte raison dans le cas où le pensionnaire a un droit légal à l'hospitalisation, ce qui est le cas des assurés sociaux et des accidentés du travail. Car on ne peut même ergoter, et dire que l'hôpital s'est converti, *parte in qua*, en établissement commercial ; c'est en tant qu'établissement public, chargé de gérer un service public d'assistance, qu'il a reçu les intéressés ; c'est en qualité de fonctionnaire que le médecin les a soignés ; il n'est pas intervenu de contrat, même tacite, entre l'intéressé et le médecin, d'où il suit que si le médecin a droit à des honoraires, il n'a pas d'action directe pour les réclamer.

Et je ne crois même pas qu'il puisse agir obliquement, en se présentant comme créancier de l'hôpital ; nul ne peut, sauf exceptions limitativement prévues par la loi, se substituer à la puissance publique pour exercer au nom de celle-ci les actions qu'elle néglige.

Le médecin sera-t-il désarmé, dans le cas de négligence ou de mauvaise volonté de l'hôpital ? Non, car il peut agir, à un double titre, contre l'hôpital qui a omis de réclamer les frais médicaux.

Ces frais, en effet, ne sont pas débattus librement entre le tiers payant — patron ou Caisse d'Assurances sociales — et l'hôpital ; ni le principe, ni le quantum ne peuvent être discutés. Ils sont dus, parce que la loi le dit, et la loi en a fixé le montant. D'où il suit que l'hôpital est obligé de les recouvrer — obligation particulièrement impérieuse dans le cas d'accident du travail, puisque la législation sur les accidents du travail

est d'ordre public. D'où il suit aussi que le médecin a un droit acquis à ces honoraires, du seul fait qu'il est appelé à intervenir, et que l'hôpital en est débiteur, sauf son recours contre qui de droit.

L'hôpital a-t-il négligé de les recouvrer ? Peu importe. Le médecin n'a pas à souffrir de cette omission : il doit être payé sauf à l'Administration à agir contre qui de droit en remboursement des sommes dont l'inaction de ce qui de droit a frustré les pauvres.

Il doit être payé encore, si l'on n'accepte pas que l'hôpital soit débiteur, dans tous les cas, des frais médicaux ; car, dans ce cas, la Commission administrative a commis une faute, qui a eu des conséquences dommageables pour le médecin, duquel dommage ce dernier est en droit de demander réparation, sous forme de paiement des sommes qui lui étaient dues.

Dans l'un et l'autre cas, l'action doit être portée devant le Conseil de Préfecture. Mais le médecin fera sagement de l'introduire avant que la prescription annale ne soit acquise au patron ; il empêcherait, autrement, la Commission administrative d'exercer son recours, et il se pourrait que la juridiction administrative lui en fît un grief.

Bernard AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat,
et à la Cour de Cassation.

ASSURANCES SOCIALES

5.766. — La « prise en charge » doit-elle être demandée pour une série d'injections sous-cutanées ?

Est-il nécessaire, pour les Assurances sociales, lorsque je fais à un malade une série de 8-10 piqûres, de demander auparavant une prise en charge, pour que le malade soit remboursé ?

Je ne le fais pas habituellement, car il ne me semble pas qu'il s'agisse là d'un traitement spécial.

Dr D.

Réponse

L'art. 24 du Règlement-type d'administration intérieure des Caisses (arrêté du 30 janvier 1937) est formel lorsqu'il dit : « Si le praticien traitant estime nécessaire... des soins spéciaux... les prestations correspondantes ne peuvent être remboursées que si la Caisse adresse préalablement au traitement et sur demande de l'intéressé... l'acceptation de prise en charge, etc. »

Mais une série de huit à dix piqûres à coefficient inférieur même à celui de la consultation simple peut-elle être considérée comme « soins spéciaux » ? Toute la question est là, fort bien posée d'ailleurs dans votre lettre.

Les avis sont partagés à ce sujet.

Quant à moi, j'estime que non, et voici mes raisons :

Le texte ci-dessus est copié sur celui de l'art. 7 du tarif des accidents du travail, mais avec la différence qu'on a supprimé la phrase «... soit une

série d'interventions à tarif spécial ». Si on a supprimé uniquement ce membre de phrase, c'est qu'on n'a pas voulu qu'une « série d'interventions à tarif spécial » (comme celle dont vous parlez) soit l'objet, en matière d'assurance-maladie, d'une obligatoire demande de prise en charge.

Evidemment, ceci n'est que mon avis personnel que je vous donne comme tel et sous toutes réserves.

Dr F. DECOURT.

5.388. — Guérison apparente. Nouveau délai de 6 mois. Assurance. Invalidité

Un malade, que j'ai suivi pendant cinq mois avait repris son travail en excellent état apparent et après un examen radioscopique négatif qui permettait de conclure à une guérison apparente. Après avoir signé sur sa feuille d'Assurances sociales la « fin de période de maladie » je le laissai aller à son travail avec force recommandations, puis je le perdis de vue pendant près de trois mois. Un nouvel accident subit me rappela à son chevet, et il est maintenant malade depuis quatre mois.

A aucun moment lors de sa maladie, du 30 septembre 1940 au 5 mars 1941, il n'a été examiné par le médecin contrôleur de la caisse d'Assurances sociales.

Il me paraît que cette dernière est actuellement mal fondée à avoir déjà cessé ses paiements le 21 septembre 1941 en prenant sur elle d'affirmer que « la nouvelle période de maladie du 28 juin 1941 constitue la continuation de la maladie primitive ».

Le seul renseignement qu'elle puisse avoir sur la nature de l'affection en cause est la nature de l'agent thérapeutique (sels d'or en 1941 comme en 1940).

Que dois-je conseiller de faire à mon malade, qui, par ailleurs à 21 ans, a deux enfants, et bénéficie de l'Assistance médicale gratuite.

Dr D.

Réponse

Les prestations en nature de l'assurance-maladie sont dûes pendant une période totale de soins de six mois qui commence à courir du jour de la première constatation médicale.

L'art. 13 du règlement intérieur type des Caisses précise que la période totale de soins est calculée en ajoutant les unes aux autres les périodes de validité des diverses feuilles de maladie délivrées à l'assuré. L'assuré reçoit deux *feuilles de maladie de huit jours et par la* suite une feuille par quinzaine. Il ne peut donc totaliser pour une maladie déterminée que deux feuilles de maladie de huit jours et onze feuilles de quinzaine.

C'est à l'expiration de la onzième feuille de quinzaine que les prestations doivent être supprimées et que s'appliquent éventuellement les règles concernant l'assurance-invalidité.

Une fois le délai de six mois expiré l'assuré peut avoir droit à une nouvelle période de soins de six mois à la *condition qu'il s'agisse d'une* nouvelle affection indépendante de la première. Dans tous les cas l'assuré est admis à faire la preuve que la nouvelle affection est indépendante de celle qui a motivé l'attribution des prestations.

Toutefois l'assuré est déchargé de cette

preuve et l'affection est considérée *ipso facto* comme une nouvelle maladie donnant droit à prestations pendant une nouvelle période de six mois, si, d'une part, les prestations ont été interrompues pendant plus de deux mois et si d'autre part, au moment de l'interruption de la maladie, l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie et en a avisé la caisse dans les huit jours.

Dans l'espèce que vous nous soumettez, les prestations ont bien été interrompues pendant plus de deux mois mais l'assuré a omis de faire constater sur sa feuille de maladie en cours, au moment où les soins ont cessé, la guérison apparente ou la fin de l'état de maladie. Cette formalité essentielle n'ayant pas été accomplie, la Caisse est fondée à considérer *a priori* qu'il s'agit de la même affection pour laquelle le droit aux prestations de l'assurance-maladie est épuisé.

Il est peu probable, d'après les indications sommaires que vous nous donnez, que l'assuré puisse établir qu'il s'agit d'une affection indépendante de la première. Votre client a donc tout intérêt à suivre le conseil que lui donne la Caisse et de présenter une demande de pension pour invalidité.

Il est à noter que les prestations en nature de l'assurance-maladie sont dues aux invalides pendant les cinq premières années de leur invalidité. Elles concernent non seulement les soins rendus nécessaires par l'infirmité dont ils sont atteints pendant les cinq premières années, mais également ceux entraînés par les maladies sans aucun rapport avec l'invalidité.

Ces prestations sont servies dans les conditions prévues pour l'assurance-maladie, sous la seule réserve que le délai de six mois ne soit pas applicable.

5.750. — Honoraires des médecins et chirurgiens des hôpitaux publics des villes de Faculté pour soins donnés aux assurés sociaux.

Ayant lu sur le *Concours médical* un extrait du *Journal officiel* du 14 octobre 1941, relatif au payement des honoraires d'Assurances sociales au chirurgien du service de chirurgie ou de spécialité, je serai heureux de savoir si le chef de clinique qui fait la majorité des interventions du service a droit à toucher les honoraires en question ? ou ces honoraires sont-ils uniquement destinés au chef de service ?

Ici, avant la guerre actuelle, un chef de clinique touchait 3.000 francs par an d'Assurances sociales ; à l'heure actuelle, il ne touch absolument rien et les autorités prétendent qu'il n'a droit à aucun versement de la part des Assurances sociales.

Cela est-il juste ? Dr V

Réponse

L'arrêté ministériel du 29 septembre 1941 publié dans le *Concours médical* du 26 novembre dernier, a modifié le tarif national de réassurance en matière d'honoraires pour soins donnés dans les hôpitaux publics des villes de Faculté aux assurés sociaux.

Ce tarif national qui n'était jusqu'à présent qu'un tarif limitatif de réassurance est devenu depuis le 1[er] juillet dernier et en vertu de la loi du 26 mai 1941, le tarif minimum de toutes les Caisses d'assurances sociales.

En conséquence, les Caisses de votre région doivent s'y conformer et c'est sur ces bases que l'hôpital auquel vous êtes attaché doit réclamer aux Caisses le règlement des honoraires médicaux revenant à son corps médical.

Jusqu'à maintenant, dans les hôpitaux publics des villes centres d'enseignement, les assurés sociaux hospitalisés donnaient lieu au versement d'une somme forfaitaire de 4 francs par journée d'hospitalisation, tant pour la médecine que pour la chirurgie. Conformément aux conventions-type hôpitaux-caisses, il appartenait à la Commission administrative de récupérer ladite somme sur les Caisses et de la répartir ensuite entre le Corps médical, selon accord à intervenir avec lui.

La modification consiste à substituer au prix de journée la rémunération à l'acte médical toutes les fois où l'intervention est effectuée, soit par le chef de service, par le titulaire ou son adjoint nommé au concours appartenant au service ou remplaçant régulièrement le chef de service.

Il nous paraît indiscutable qu'un chef de clinique est un spécialiste titulaire de l'hôpital appartenant au service. Dans ces conditions toutes les interventions qu'il pratique doivent lui être payées par l'hôpital en appliquant le chiffre-clé de 3,50 ou 7 francs aux coefficients de la nomenclature, suivant que ce coefficient est inférieur ou supérieur à 24.

Au cas où cette question ne pourrait être réglée à l'amiable, elle dépendrait du Conseil de préfecture, qui est compétent pour juger le différend venant de s'élever entre un service public communal et les agents de ce Service public.

AUTOMOBILISME

La voiture électrique est-elle au point ?

Nous recevons de notre confrère, le Docteur Michel Gantois, de Watten (Nord), la lettre suivante :

L'on parle beaucoup de voitures électriques. Pourriez-vous demander au *Concours* d'ouvrir dans ses colonnes une sorte de referendum auprès des confrères ayant eux-mêmes ou connaissant des amis possédant un tel véhicule ? Ainsi nous pourrions savoir si c'est déjà à peu près au point... ce serait intéressant pour les médecins de campagne qui touchent de moins en moins d'essence à chaque mois... et on hésite à mettre 50 ou 60.000 francs pour une voiture dont on ne connaît pas la marche ni les inconvénients.

Nous prions ceux de nos lecteurs qui ont l'expérience de la voiture électrique de nous communiquer leurs observations, pour le plus grand bien de tous nos confrères.

Le graissage du moteur des vélomoteurs

Possédant un vélomoteur Alcyon, à moteur à 2 temps graissé par mélange d'huile à l'essence, puis-je sans inconvénient employer de l'huile de ricin comme lubrifiant, mélangée à l'huile minérale, et dans quelle proportion ?

Dr F.

Réponse

L'huile de ricin ne se mélange pas à l'essence minérale ; cependant, dans les essences actuelles qui contiennent une forte proportion d'alcool, le mélange peut avoir lieu. La proportion à utiliser est comprise entre 5 et 10 %.

Le seul inconvénient à craindre, c'est le gommage des segments qui peut exiger, de temps en temps, un démontage du cylindre si le moteur ne retrouvait pas sa compression quand il est chaud.

Henri Petit.

QUESTIONS DIVERSES

4.780. — Exercice de la propharmacie

Peut-il exister deux médecins propharmaciens dans la même commune ?

Dr B.

Réponse

En vertu de l'art. 27 de la loi du 21 Germinal An XI, qui a réglé jusqu'à ces derniers jours l'exercice de la propharmacie, tout médecin établi dans une commune, bourg ou village où il n'existait pas de pharmacien tenant officine ouverte, avait le droit de vendre des médicaments simples ou composés aux clients auprès desquels il était appelé, mais sans avoir le droit de tenir lui-même officine ouverte.

Par conséquent, si deux médecins se trouvaient établis dans une commune dépourvue de pharmacien, ils avaient concurremment le droit d'exercer la propharmacie, sans aucun privilège en faveur du premier installé.

Mais une loi du 11 septembre 1941, publiée au *Journal officiel* du 20 septembre, a revisé complètement la réglementation de l'exercice de la pharmacie.

Aux termes de l'art. 29 de cette loi, désormais les docteurs en médecine établis dans les agglomérations où il n'y a pas de pharmacien ayant une officine ouverte au public, peuvent être autorisés par le Préfet, après avis du Directeur régional de la Santé et de l'Assistance, à avoir chez eux un dépôt de médicaments, et à délivrer aux personnes auxquelles ils donnent leurs soins les médicaments simples et composés, inscrits sur une liste établie par le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, après avis du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et du Conseil de la Pharmacie. Cette autorisation doit mentionner les localités dans lesquelles la délivrance des médicaments par le médecin est autorisée. Elle est toujours révocable, et elle est retirée dès la création d'une officine ouverte au public dans le secteur intéressé.

La loi accorde un délai de six mois à compter de sa publication aux médecins propharmaciens pour se mettre en règle avec les dispositions nouvelles.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demi-Colonnes

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine, 120 fr. — Etudiants............ 80 fr.

***Le Numéro*............... 4 fr.**

Correspondant en zone non occupée : **M Paul RIBEYRE,** Vals-les-Bains (Ardèche)

Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.
Elles doivent comporter une adresse.
Prix des insertions : 10 *francs la ligne de 45 lettres ou signes* (5 *francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).
Verser le montant au compte de chèques postaux Paris 167-95.

N° 64. — Recherchons jeune médecin ou pharmacien connaiss. la technique du Laboratoire d'analyses médicales. Ecr. Speba, 4, rue Cambon, Paris (Ier).

N° 65. — Par suite chang. courant Etabliss. physiothérapie vendrait trois commutatrices. S'adr. Rivière, 58, rue des Mathurins, Paris.

N° 66. — Acheteur rasoir électrique pour barbe dure, neuf ou occasion, bonne marque. Faire offre Dr Nicolle, 12, rue Camille-Lenoir, Reims (Marne).

N° 67. — A céder banlieue Paris, cabinet radiothérapie profonde. Agents physiques. Laboratoire. Confort moderne. Bel appart. Jardin. 60.000 compt. Ecr. Mme Sauvage, 9 *bis*, rue Boileau, Paris (XVIe). Tél. Jasmin 05-47.

N° 68. — A vendre installation radio 15.000. Solarium 9.000. Ecr. Mme Sauvage, 9 *bis*, rue Boileau, Paris (XVIe). Tél. Jasmin 05-47.

N° 69. — A vendre : électro-cardiographe, pleuro insuflateur (2.000 fr.), radioportable, bascule Testut (3.600 fr.) et autres instruments. Livres, (encyclopédie médicale à continuer). Liste sur demande. Ecr. Mme Sauvage, 9 *bis*, rue Boileau, Paris (XVIe). Tél. Jasmin 05-47.

N° 70. — Infirmière, 29 ans, diplômée d'Etat, ayant connaiss. laboratoires et sérieuses références cherche situation dans colonies, de préfér. en France. Ecr. E.-Maurice, 60, boul. Béranger, Tours (I.-et.L.).

N° 71. — Jeune médecin, célibat., cherche place d'assistant ou d'aide près confr. ville ou campagne, cond. modérées, accepterait également emploi dans clinique, maison de santé ou laboratoire. Ecr. M. Mingot, 31, rue Proust, Angers (M.-et.L.).

N° 72. — Grosse client. médec. génér. à céd. de suite, région midi. Payable compt. S'adr. à M. Paul Ribeyre, 5, rue A.-Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 73. — Important Laboratoire parisien, recherche pour Paris et régions Ouest, Nord, Est, visiteur ayant déjà une représentation de maison connue. Sérieuses références exigées. S'adr. *Concours médical*, 37, rue de Bellefond, Paris (VIIIe).

Renseignements

Avis concernant les déclarations fiscales

Ceux de nos adhérents qui désireraient faire rédiger leurs déclarations par M. Martinot, notre Conseil fiscal, devront lui écrire personnellement et le plus tôt possible, 6, rue de l'Isly, à Paris (VIIIe), avec tous renseignements et s'entendre avec lui au sujet des honoraires de faveur que nécessitera ce travail.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique médicale de l'hôpital Bichat.** — Le Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT commencera son enseignement à l'hôpital Bichat le lundi 2 mars. Leçons cliniques les vendredis, à 10 h. 45.

— **Société médicale des hôpitaux de Paris.** — M. Henri GRENET a été élu vice-président pour 1942.

— **Académie de médecine.** — En raison de l'apparition de quelques cas de variole dans la région parisienne, l'Académie de médecine recommande à la population de se soumettre à la revaccination.

La revaccination anti-variolique est nécessaire à toute personne, quel que soit son âge, qui n'a pas été vaccinée ou revaccinée depuis moins de trois ans.

— **Conférences d'Eugénique.** — Dans le service du professeur agrégé Vignes (Maternité Pinard. Hospice des Enfants-Assistés, boulevard Denfert-Rochereau), le Docteur Henri BRIAND, professeur d'hérédité à l'Ecole d'anthropologie, fera une série de quatre conférences libres, les jeudis, 5, 12, 19 et 26 mars, à 11 heures.

Première conférence (5 mars) : On peut et on doit améliorer en quantité et qualité les futures générations (divers aspects de l'Eugénique.

— **Administration générale de l'Assistance publique à Paris.**— *Médecins des consultations départementales de nourrissons.* — Par arrêté de M. Serge Gas, direc-

teur général de l'Assistance publique à Paris, la Commission chargée de procéder au choix des candidats aptes à exercer les fonctions de médecin des Consultations départementales de nourrissons, sera convoquée le 16 mars 1942.

Le nombre des candidats à admettre est fixé à quinze. Toutefois, cinq places seront réservées pour être ultérieurement attribuées à des candidats actuellement prisonniers de guerre.

S'inscrire à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Paris, Service des enfants secourus, jusqu'au 28 février 1942. Les candidats devront justifier, sur modèles qui leur seront remis, qu'ils sont Français à titre originaire, qu'ils n'appartiennent à aucune des Sociétés secrètes visées par la loi du 13 août 1940, qu'ils ne sont pas israélites. Ils devront produire leur diplôme de doctorat, un exposé de titres en six exemplaires et tous certificats de chefs de services d'enfants ou de consultations de nourrissons auxquels ils ont été attachés, certificats mentionnant la durée des fonctions et l'appréciation des chefs de services.

— **Dispensaires anti-tuberculeux de la Charente-Maritime.** — Un *concours sur titres et sur épreuves* est ouvert à la Préfecture de la Charente Maritime, en vue du recrutement d'un médecin-chef spécialisé des dispensaires antituberculeux du département. Traitement de 45.000 à 55.000 francs répartis en six classes.

Le concours aura lieu à La Rochelle, le mercredi 13 mars 1942. Pour tous renseignements complémentaires, et notamment pour la constitution du dossier qui doit être fourni avant le 10 mars, s'adresser à la Préfecture de la Charente-Maritime.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — MM. les Docteurs Fernand LAPORTE et Robert DARMAILLACQ sont nommés chirurgiens des hôpitaux et affectés à l'hôpital Saint-André.

M. le Docteur Louis POUYANNE, chirurgien adjoint à l'hôpital Saint-André, est affecté sur sa demande à l'hôpital des Enfants.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance d'Alain AUDEBERT, deuxième fils du Docteur et de Madame R. Audebert (Châteauneuf-sur-Charente) ; de Marc POLLET, fils du Docteur et de Madame Henry Pollet (Lille, 25 décembre 1941) ; d'Yves FRABOULET, fils du Docteur et de Madame A.-G. Fraboulet (Asnières, 24-1-1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Urbain BARBARY, médecin des hôpitaux d'Angers ; du médecin général TROUSSAINT, ancien directeur du service de santé au Ministère de la Guerre, décédé à l'âge de 87 ans ; du Docteur Gaston LION, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé à l'âge de 81 ans ; du Docteur René PORTE, directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Grenoble ; du Docteur Maurice MOCK, ancien maire du XVIII[e] arrondissement, père du Docteur Jack Mock.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué

I. Le Conseil supérieur a été informé que le secrétaire d'Etat au Travail avait donné aux Caisses les instructions nécessaires pour que soient « momentanément inapplicables » les articles 12 et 13 de la loi du 31 décembre 1941 imposant l'obligation de porter sur les feuilles d'Assurances sociales le montant des honoraires perçus par les médecins.

II. Le secrétaire d'Etat aux Finances a avisé le Conseil supérieur que pour laisser aux médecins le temps de se mettre en règle avec la dernière loi de finances, son Administration était disposée à admettre que, jusqu'au 28 février 1942, les encaissements d'honoraires soient effectués sans délivrance de reçus.

Commission régionale de l'Ordre des Médecins de la région sanitaire de Paris

La Commission régionale des Conseils de l'Ordre des médecins de la Région sanitaire de Paris et le Comité de coordination des Conseils de l'Ordre des médecins de la Région parisienne se sont réunis le 1er février 1942 à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Le Comité de coordination a pris connaissance avec satisfaction des nouveaux tarifs de responsabilité établis par l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Région parisienne et appliqués depuis le 1er janvier 1942. En ce qui concerne la consultation, la visite à domicile et les actes de pratique médicale courante, les tarifs établis par les Caisses coïncident exactement avec les honoraires minima fixés antérieurement par les Conseils de l'Ordre des cinq départements formant la Région parisienne. En ce qui concerne les actes de chirurgie et de spécialité, le relèvement est important, surtout pour les actes de spécialité ; mais les tarifs de responsabilité ne rejoignent pas encore tout à fait les honoraires minima fixés par les Conseils départementaux de l'Ordre.

Le Comité de coordination a pris connaissance également des tractations en cours dans les cinq départements de la Région parisienne pour le renouvellement des conventions avec les Caisses, renouvellement qu'il souhaite aussi rapide que possible pour permettre de faire fonctionner à nouveau le contrôle technique et assurer une efficace répression des abus éventuels.

Le Comité de coordination, à l'unanimité des membres présents, a manifesté une fois de plus son attachement aux principes de la Charte médicale : libre choix, entente directe, etc., et s'est félicité de voir que ces principes étaient toujours exactement mis en application dans la Région parisienne.

Enfin, le Comité de coordination a discuté les nombreuses questions mises à l'Ordre du jour, parmi lesquelles celles ayant trait à la réunion de la Commission régionale tripartite, à la regrettable création de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales, aux Assurances sociales agricoles, aux nouvelles dispositions fiscales et notamment à celle relative à l'indication des honoraires perçus sur les feuilles de maladie (indication qui ne pourra deve-

nir effective que plus tard, lorsqu'aura paru l'arrêté spécial prévu par la nouvelle loi).

De son côté, la Commission régionale a pris acte des démarches poursuivies auprès des diverses Administrations au sujet du relèvement des honoraires pour soins donnés aux malades de l'Assistance médicale gratuite. Ce relèvement, très substantiel, est déjà acquis en ce qui concerne les communes de banlieue du département de la Seine ; il interviendra très prochainement pour les départements de Seine-et-Oise et Seine-et-Marne.

Poursuivant l'étude de la question des dispensaires et de la médecine d'usine, la Commission régionale a affirmé à nouveau sa volonté de faire transformer progressivement tous les dispensaires de soins en dispensaires de prophylaxie et de diagnostic, œuvre difficile et de longue haleine qu'elle s'efforcera de mener à bien avec l'appui du Conseil supérieur. La Commission régionale demandera en particulier au Conseil supérieur de veiller à ce que la législation sur la médecine d'usine interdise aux médecins d'usine de donner des soins aux ouvriers, et de remplir des certificats d'accidents du travail ou des feuilles de maladie d'assurances sociales.

Enfin, la Commission régionale a continué la discussion du rapport du Docteur Larget sur l'organisation hospitalière dans les trois départements de la Région sanitaire de Paris, et envisagé les répercussions de la nouvelle loi hospitalière du 21 décembre 1941 sur l'hospitalisation dans les divers établissements de soins et notamment dans les maisons de santé privées.

(*Communiqué*).



Comité d'Organisation des Maisons de Santé privées

Un décret en date du 29 novembre 1941, paru à l'*Officiel* du 4 décembre, a institué un Comité d'organisation des maisons de santé privées.

Ce Comité continue et étend, avec des moyens plus efficaces, l'action commencée par la Fédération des maisons de santé pour l'organisation de la profession et l'aide apportée à ses adhérents.

L'article 2 du décret stipule : « Ce Comité est chargé de donner des directives générales à l'ensemble de ces établissements qu'il devra recenser dans les trois mois, à dater de la mise en vigueur du présent décret ».

D'autre part, il est précisé que : « Relèvent du Comité d'organisation des maisons de santé privées tous les établissements de cure privée, c'est-à-dire fondés et fonctionnant en tout ou partie à l'aide de capitaux privés et gérés par une administration privée hospitalisant notamment des malades, des convalescents, des femmes enceintes ou accouchées, des nouveaux-nés, des vieillards, des enfants arriérés. »

Cette formule exclut les établissements publics relevant de l'Etat, des départements et des communes ; ainsi que les établissements de soins n'hospitalisant pas, mais donnant simplement des consultations, tels que dispensaires, polycliniques, cliniques d'accidents du travail.

Elle inclut par contre tous les établissements privés hospitalisant tels que : maisons de santé, cliniques, sanatoria, hôpitaux privés, établissements médico-pédagogiques, fondations diverses.

Ces établissements, sauf ceux antérieurement affiliés à la Fédération des maisons de santé privées pour lesquels l'inscription sera faite par les soins de cette

Fédération, sont priés de se faire connaître de suite en indiquant :

— Leur nom et leur adresse ;
— Leur spécialité ;
— Le nombre de lits d'hospitalisés dont ils disposent.

Nous pensons utile de préciser que le fait de relever du Comité d'organisation ne confère en aucune façon à un établissement un caractère commercial et qu'il ne peut entraîner aucune conséquence au point de vue fiscal.

Il présente par contre, des avantages certains pour les diverses répartitions confiées au Comité d'organisation (linge, fil à coudre et à repriser, produits pharmaceutiques, matériaux de construction, gaz, butane, alcool à brûler, etc.). Seuls les établissements inscrits au Comité y pourront participer.

Il est d'ailleurs spécifié que l'inscription au Comité d'organisation est obligatoire, en vertu de la loi du 16 août 1940 sur l'organisation professionnelle.

N. B. — Toute répartition étant basée sur le nombre de lits, celui-ci doit être déclaré avec une rigoureuse exactitude. (*Communiqué*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU XIXe ARRONDISSEMENT

La Société médicale du XIXe arrondissement a tenu son Assemblée générale le 30 janvier 1942.

Le Docteur Heins, doyen d'âge, demanda à l'assemblée de réélire par acclamations, le président sortant, le Docteur Rouèche, président depuis 1938. Le Docteur Mauvoisin fut élu vice-président.

Le président mit les confrères du XIXe arrondissement au courant de diverses questions d'intérêt professionnel : certificats de charbon, questions d'Assurances sociales, relève des médecins prisonniers, œuvres d'entr'aide, Ordre des médecins, vaccinations.

Après l'admission de trois membres nouveaux, il fut décidé de demander au Conseil départemental d'insister auprès des administrations compétentes pour améliorer la situation faite aux médecins chargés de certaines fonctions administratives (notamment à la Préfecture de la Seine).

(*Communiqué*).

Fédération des Associations amicales de Médecins du Front

2, Rue Dupuytren, (6e)

Le Bureau de la Fédération des Associations amicales de médecins du front a été reçu le 27 janvier 1942 par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Au cours de cette audience ont été évoquées quelques questions d'un intérêt actuel.

a) Concernant la nouvelle loi — du 22 novembre 1941 — sur les *médecins étrangers*, et surtout son article 5, qui permet au Secrétaire d'Etat d'accorder l'autorisation d'exercer à des médecins étrangers, même non couverts par des dispositions conventionnelles, le Docteur Huard a donné tous apaisements utiles. Il n'est pas dans ses intentions d'user des facultés que lui accorde la loi à cet égard ; s'il est amené à en user un jour, ce ne sera qu'à titre tout à fait exceptionnel et en faveur uniquement de médecins d'un mérite reconnu (famille française, services incontestables rendus au pays ou à la Science).

Le Ministre a assuré d'autre part le bureau de la Fédération que ses instructions, particulièrement celles concernant les *autorisations provisoires d'exer-*



cer, que certains pouvaient craindre de voir trop aisément accordées, seraient rigoureusement exécutées à tous les échelons de ses services et dans toutes les régions sanitaires.

Enfin, touchant les cas de *continuation d'exercice par des médecins interdits,* le Docteur Huard a invité les Préfets à déférer sans délai les contrevenants devant les tribunaux compétents. Aux médecins de signaler à leurs Conseils de l'Ordre départementaux, avec preuves à l'appui, tous les cas qui viendraient à leur connaissance.

b) Le secrétaire d'Etat s'est trouvé tout à fait d'accord avec les dirigeants de la Fédération pour estimer qu'*une place devait à l'avenir être réservée dans les Conseils de l'Ordre et autres organismes médicaux à des représentants authentiques et qualifiés des médecins anciens combattants, et particulièrement des anciens prisonniers.*

c) Les dirigeants de la Fédération se sont crus, par ailleurs, autorisés à mettre le Ministre au courant de l'opinion de la majeure partie de leurs camarades touchant l'organisation professionnelle en gestation.

1° Ils espéraient que la *Révolution nationale,* dans le cadre de la profession, se ferait dans le sens de la *Corporation.* Il leur eût semblé logique qu'un gouvernement de rénovation nationale fît appel à la compétence, à la collaboration de certains de leurs camarades, pionniers depuis vingt ans et plus, en dépit de l'hostilité farouche des gouvernements de l'ancien régime, de l'idée de l'Ordre et de la Corporation.

2° Concernant la question des *Assurances sociales* et l'émotion soulevée par l'annonce de la création de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales, les dirigeants de la Fédération ont été heureux d'apprendre du Docteur Huard le sens véritable de cette innovation qui, leur a-t-il exposé, ne saurait empiéter sur les droits et libertés actuels du Corps médical ;

3° La *question fiscale* retient également l'attention des camarades qui se plaignent amèrement de n'être défendus par aucune organisation contre les entreprises des représentants des Contributions qui viennent de ressusciter ce fameux carnet à souches qu'on croyait depuis longtemps enterré.

Concernant l'obligation pour les médecins de faire connaître aux Assurances sociales, pour être transmis au fisc, le montant des honoraires demandés, le Docteur Huard a fait connaître aux dirigeants de la Fédération que cette mesure allait être rapportée, les Assurances sociales n'étant pas habilitées pour coopérer avec le fisc.

Le Président p. i. : G. de Parrel.
Le Secrétaire général : Raymond Tournay.

LES CERTIFICATS ABUSIFS

Notre éminent collaborateur et ami le Professeur agrégé Vignes, nous adresse les intéressantes suggestions suivantes capables d'apporter un remède à cette question devenue si irritante pour les médecins :

La question n'est pas seulement à envisager du point de vue humoristique, ni même du point de vue de la commodité du médecin qui a pourtant autre chose à faire que d'écrire sans relâche de tels papiers ; elle doit être envisagée du point de vue de l'efficience que comporte, pour le patient, le certificat délivré et du point de vue de l'abus commis par d'autres patients.

En ce qui concerne la grossesse qui est l'objet de

mon activité professionnelle, je crois que le *médecin traitant ne devrait jamais délivrer qu'un seul certificat.* Celui-ci serait échangé à la mairie contre une carte qui, automatiquement, donnerait droit d'abord à la ration de lait, puis à la carte T, et à la carte de priorité, puis aux prestations du troisième trimestre. Quelques signatures du médecin en cours de grossesse attesteraient que la patiente est toujours enceinte. A Melun, la mairie prend note, une fois pour toutes, que la femme est enceinte, et établit une fiche : il serait facile d'en faire autant à Paris.

Cette question des certificats multiples doit retenir l'attention des Pouvoirs publics. Les employés des mairies s'arrogent le droit d'exiger un certificat pour chaque prestation. Ils pourraient, aussi bien, noter l'affaire d'un mot inscrit sur le dossier. Pourquoi n'en est-il pas ainsi ? Sans doute *parce que ces employés n'ont pas la confiance de leurs chefs,* sans doute parce que les chefs réclament l'autographe du médecin comme preuve valable.

Mais alors, ne pourrait-on envisager que les clients et clientes fassent établir des « copies conformes » par qui de droit — autant de copies conformes qu'il serait nécessaire. Ces copies conformes seraient établies à titre onéreux : toute peine mérite salaire.

Cependant, la solution de la copie conforme est-elle la bonne ?

Les certificats multiples ne me disent, en effet, rien qui vaille. Car, souvent, ils cachent des combines illicites dont nous risquons d'être tenus pour complices. Plusieurs clientes qui avaient droit à des suppléments de chauffage, m'ont demandé récemment deux certificats, l'un pour le gaz, l'autre pour l'électricité. J'ai supposé qu'elles ont, de ce fait, touché une ration d'électricité et une ration de gaz. Si, réellement, il y a pénurie de calorique, un tel abus ne doit pas être encouragé.

Il faudrait que les administrateurs se préoccupent de cette question et réagissent contre l'abus des certificats ; n'importe qui s'arroge le droit de demander un certificat.

En matière de grossesse, *il faudrait, aussi, qu'il n'y ait pas d'évasion vers les autres membres de la famille.* Certes, il est difficile de demander à une mère de ne pas se priver pour ses premiers nés, et il n'y a pas de contrôle possible pour l'empêcher d'agir ainsi. Cependant, ces suppléments sont donnés à l'intention du futur être et, aussi, pour que l'organisme de la mère ne pâtisse pas de la grossesse. Il faut inculquer cette notion aux femmes, il faut faire leur éducation. Si la grossesse jointe à la restriction alimentaire est une occasion de déchéance pour elles, leurs premiers nés ne s'en trouveront pas mieux.

En ce qui concerne les certificats atypiques, ceux qui visent à faire obtenir d'autres avantages que les rations et prestations normales de grossesse ou à faire attribuer un des quatre régimes de remplacement, il me semble qu'ils devraient être délivrés seulement par un médecin ne faisant pas de clientèle sur demande du médecin traitant. Leur délivrance est très délicate. Il faut poser en principe qu'il est difficile à un médecin de refuser un certificat sans perdre son client : celui-ci, souffrant de la pénurie générale d'aliments et de chauffage, s'indignera toujours si son médecin ne l'aide pas au moyen d'un chiffon de papier.

En conclusion, *je crois que les Pouvoirs publics devraient réglementer cette question des certificats médicaux* pour donner à ces papiers toute leur valeur, d'une part pour éviter les abus qui résultent de la multiplicité des papiers et, d'autre part, pour refréner les fantaisies de fonctionnaires subalternes tyranniques et inintelligents.

Henri VIGNES.

Voir la suite page XXXV-279

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées à la consommation du papier, nous prions les auteurs de vouloir bien réduire le texte de leurs articles à QUATRE *ou* SIX *colonnes de notre journal.* (N. D. L. R.)

L'HÉMORRAGIE EN DEUX TEMPS DANS LES RUPTURES TRAUMATIQUES DE LA RATE (1)

par le Professeur E. Mériel (de Toulouse)

C'est une notion bien acquise aujourd'hui qu'une contusion grave de l'abdomen impose toujours et sans délai la laparotomie. Parmi ces contusions, celle des plaies des viscères pleins de l'abdomen (foie et rate surtout) provoque des hémorragies, qui revêtent tout de suite un caractère de haute gravité, et personne ne discute plus l'intervention opératoire d'urgence. La démonstration vous en a été fournie fréquemment dans les services de clinique chirurgicale, étant donné le nombre d'accidents de cette nature à notre époque de machinisme très développé.

Mais à côté de ces cas bruyants, en quelque sorte, par l'apparition du syndrome d'hémorragie péritonéale interne, il s'en trouve d'autres où le tableau clinique est différent, parce que l'hémorragie paraît s'arrêter pendant quelques heures, voire même quelques jours, le choc se dissiper peu à peu, et où l'on voit même l'état général s'améliorer ; toute crainte paraît alors s'éloigner, lorsque brusquement tout change par une reprise soudaine de l'hémorragie intra-péritonéale, et la situation devient vite désespérée. C'est cette forme qu'on appelle *l'hémorragie en deux temps*, dans les ruptures de la rate, et dont nous avons eu récemment un exemple frappant. Je veux vous en rappeler les phases pour vous enseigner à reconnaître cette particularité de la rupture splénique à l'avenir, et vous montrer, par le bon résultat qui a été obtenu, que la rapidité de la décision opératoire est l'unique chance de succès.

Observation. — J. R..., 35 ans, admis d'urgence à 2 heures du matin, le 15 février 1938, dans mon service, pour une contusion grave de l'abdomen produite par un grave accident d'automobile.

A la sortie d'une soirée d'amis, J. R. avec M. P. et sa jeune femme, décident de faire une promenade en automobile dans les environs de Toulouse. L'auto est lancée bon train sur la route droite, et habituellement déserte à cette heure nocturne lorsque, arrivée dans la banlieue, elle fait — sans qu'on en connaisse la raison — une embardée sur un platane de bordure. Les voisins, accourus au fracas de l'accident, retirent sous les débris de l'auto, le jeune P. tué sur le coup, sa femme évanouie et portant une fracture de la cuisse gauche et enfin, M. J. R. (notre malade) évanoui lui aussi, mais n'ayant pas de blessure extérieure aussi apparente, sauf quelques blessures de la face. Les deux survivants sont rapidement apportés, par une camionnette réquisitionnée, dans mon service de l'Hôtel-Dieu. La jeune femme, revenue à elle, est admise salle Saint-Vincent, où elle recevra les soins nécessaires.

Le jeune R., admis dans une salle d'isolement de mon service, parut à l'interne de garde se trouver dans un état de choc très accusé. Dès qu'il put parler, il accusa une violente douleur dans le flanc gauche, le gênant visiblement pour respirer. La face était pâle, les conjonctives décolorées. Le pouls était petit, rapide, à 110 environ ; la température était de 38°. Pas de nausées, ni de vomissements. Pas d'hématurie.

La région abdominale, dans la moitié gauche, sembla de prime abord augmentée de volume et très douloureuse au palper, c'est pourquoi l'interne borna là ses premières constatations et institua immédiatement le traitement du choc traumatique de ce malade, qui présente tous les signes d'une contusion grave de l'abdomen. Cela fait, l'infirmier de garde fut placé en surveillance auprès de lui, avec ordre de venir appeler l'interne si la situation paraissait s'aggraver.

Au petit jour, l'interne vint de lui-même voir le blessé qu'il trouva mieux, en apparence, attendu qu'il répondait plus aisément aux questions, n'avait toujours eu ni hoquet, ni vomissements et demandait même à boire. Du côté du pouls et de la température, les données étaient les mêmes que précédemment. Il se plaignait surtout de respirer difficilement, en ce sens que les mouvements du thorax, dans sa moitié gauche et dans la paroi abdominale, réveillaient une

(1) Leçon clinique professée à l'Hôtel-Dieu.

douleur violente dans la profondeur. Prévenu aussitôt, mon chef de clinique, le Docteur A. Baudet arrivait près du malade, et sa première impression confirma le diagnostic de contusion grave de l'abdomen. La palpation abdominale étant devenue moins douloureuse, il put remarquer qu'il n'y avait pas de contracture pariétale, de « ventre de bois » caractérisé. Toutefois, la palpation au niveau de la région splénique restait encore douloureuse. Il n'y avait pas de douleur irradiée à l'épaule gauche, ainsi qu'on le voit habituellement dans les ruptures de la rate. En somme, l'état général semblait s'être sensiblement amélioré, le blessé causait librement avec son père accouru auprès de lui ; il n'avait ni nausées, ni hoquet, ni hématémèse, ni suppression des gaz intestinaux, ni d'urine. La température était à 37°8, le pouls à 100/105, et le blessé demandait même à s'alimenter. Toutefois, en présence de cet état hémorragique interne, M. Baudet demanda qu'on pratique une transfusion ; elle eut lieu dans les premières heures de la matinée, par les soins de mon collègue, le Docteur Stillmunkès.

Quand je vis le malade, vers 10 heures du matin, l'état était sensiblement le même, on pratiquait la transfusion et je constatais les mêmes signes qui avaient déjà été perçus par ceux qui m'avaient précédé. A la fin de ma séance opératoire de la matinée, je repassais voir le malade. Son pouls était devenu plus faible, son faciès assez coloré à ma première visite, le matin, était devenu plus pâle, ce qui me fit demander au Docteur Stillmunkès de vouloir bien pratiquer, avant de quitter l'hôpital, une nouvelle transfusion.

J'avais à peine quitté l'Hôtel-Dieu que mon Chef de clinique remarquait chez le blessé une tendance à la lipothymie. Au fur et à mesure que se poursuivait la transfusion, il semblait que la pression du sang transfusé accélérait l'hémorragie interne, comme si elle chassait un caillot d'un gros vaisseau oblitéré jusque-là. On suspendit dans ces conditions, la transfusion, pour faire quelques piqûres d'huile camphrée. A ce moment, arriva auprès du blessé mon collègue, le Professeur Ducuing, venu prendre des nouvelles de l'accidenté qu'il connaissait particulièrement. Frappé par la gravité croissante de l'anémie hémorragique que le malade présentait, mon collègue, avec un esprit de décision que je me plais à honorer, décida de parer au plus pressé, et toute affaire cessante, prit sur lui de faire transporter le malade à la salle d'opérations, où avec l'aide de mon Chef de clinique, sous quelques bouffées d'éther, il pratiqua rapidement une laparotomie. A travers le sang épanché dans l'abdomen, il alla d'emblée vers la région splénique, saisit une rate éclatée et jeta un fort clamp sur le pédicule. L'hémorragie s'arrêta aussitôt ; une ligature solide fut placée sur le pédicule remplaçant le clamp, et le ventre refermé en un seul plan au fil de bronze. L'opération avait à peine demandé dix minutes, et n'avait pas présenté d'autres incidents. La pièce opératoire montra une rate éclatée en deux endroits, depuis son bord externe jusqu'à la région du hile montrant qu'elle avait été atteinte directement par un choc tangentiel.

Les suites opératoires furent excellentes ; dès le réveil, rapidement, les signes alarmants disparaissaient, et dès le lendemain, nous nous trouvions en face d'un sujet véritablement revenu à la vie. La thérapeutique anti-anémique fut naturellement instituée dès le lendemain, si bien que le sujet se rétablit très rapidement, sans aucun incident pulmonaire ou autre. Après une leucocytose passagère, comme c'est la règle, la formule sanguine est redevenue peu à peu normale, et l'opéré a pu, sur la demande de sa famille, et avec mon consentement, être transporté chez lui au neuvième jour. J'ai appris que la guérison s'est poursuivie normalement.

L'intervention, comme vous le voyez, a été vraiment salvatrice, ce qui me fit approuver pleinement l'initiative qu'avait prise mon collègue de me remplacer en mon absence auprès du malade. Il avait, en effet, bien rempli l'indication d'urgence, qui se posait sans délai, toute autre considération devant être mise de côté.

De ce fait clinique typique, il faut retenir d'abord que la rupture de la rate a présenté deux aspects de gravité différente, d'abord, à la suite de la violente contusion, un état de choc très prononcé, qui s'est amendé rapidement, faisant croire à une amélioration de l'état général, mais trompeuse comme vous l'avez vu, puisque quelques heures après, les signes d'hémorragie interne reprenaient plus caractéristiques et plus graves aussi. Voici comment les choses ont dû se passer selon toute vraisemblance. Le traumatisme violent a frappé tangentiellement la région de l'hypocondre gauche, contusionnant l'organe le plus important qui y est contenu, c'est-à-dire la rate. Celle-ci, bien qu'elle soit normalement abritée par la fin du rebord costal, n'a pas échappé au traumatisme, soit qu'elle ait été lésée directement par une fracture de côte, soit parce que, plus ou moins hypertrophiée elle-même, elle devait déborder ce rebord costal protecteur et devenir ainsi plus vulnérable. D'ailleurs cette considération de pathogénie est purement théorique, et, quel que soit le mécanisme, le fait certain à retenir, c'est que la rate avait subi l'action du traumatisme, et que l'opération montra l'organe splénique rupturé à peu près vers son milieu par un large trait, qui l'entamait depuis la face externe jusqu'à la région du pédicule. C'était donc dans la région vasculaire par excellence que cet organe avait été intéressé par le traumatisme, d'où la violence de l'hémorragie.

On peut admettre ensuite que la rupture traumatique a produit d'abord un hématome intra-splénique, et que secondairement, sous l'influence d'une reprise de l'hémorragie, quel qu'en soit le processus, la capsule s'est ouverte, laissant alors le sang retenu jusque là s'épancher librement dans la cavité péritonéale. Entre ces deux phases de l'incident, s'était écoulé un laps de temps de quelques heures, c'est-à-dire, de 2 heures du matin à 11 h. 30 environ. On peut donc considérer que cette hémorragie s'est produite *en deux temps*, en deux reprises, l'un au moment même de l'accident, qui a produit les phénomènes d'hémorragie interne et de choc, l'autre deux heures environ après, et qui a déterminé les accidents d'anémie hémor-

ragique grave, qui ont imposé l'intervention d'urgence.

Après une contusion de la rate, l'hémostase spontanée est très rare, et souvent — particularité curieuse et importante — l'hémorragie se fait ainsi en deux temps. Dans celle-ci, il s'agit, dit Goinard, tantôt de la rupture secondaire, survenant quelques heures ou quelques jours après un hématome intra-splénique, dans 28 % des cas, ou intra-splénique dans 17 % des cas, tantôt d'une plaie sèche de la rate (52 % Cachin). Cette plaie, qui se remet à saigner, peut être soit une fissure, soit un éclatement, soit un arrachement pédiculaire. L'hémostase préalable a été assurée non seulement par un caillot, ou par l'épiploon, ou même semble-t-il, par un spasme artériel (Goinard).

L'hémorragie retardée est, en effet, affirme Goinard, une des plus fréquentes particularités de ces contusions spléniques, puisqu'on l'observe dans 15 % des cas au moins.

Il faut cependant la distinguer de l'hémorragie continue, mais lente, insidieuse, distillante, dans laquelle la rémission succédant au choc peut aller jusqu'à une latence trompeuse, mais n'est jamais aussi prolongée que l'intervalle libre des vraies hémorragies retardées. Celles-ci constituent une véritable forme ambulatoire. C'est ainsi que, dans un cas de Cadenat, l'intervalle libre fut de trente-cinq jours, et de trente jours dans un cas de Patey. Pour Engelmann et Hitzler, qui ont réuni trente-cinq cas de rupture de la rate en deux temps, la durée moyenne serait de deux à quinze jours.

C'est ce qui amène Mondor à distinguer les *formes prolongées*, où l'hémorragie ne semble faire que tardivement son apparition dans le péritoine et les *formes latentes*, où le saignement sans signe d'alarme, mais non sans petits signes, a pu inonder toute la cavité péritonéale. « Quant aux hémorragies dites en deux temps, sous-capsulaires d'abord, puis intra-capsulaire et intra-péritonéale, elles n'ont peut-être pas cette évolution que la clinique a fait soupçonner. Dans un cas de Ferrari, Lagrot et Morand, la rate était éclatée et détachée de son pédicule, et cependant l'inondation péritonéale ne s'est manifestée qu'au bout de plusieurs jours. Plutôt que le saignement en deux temps, c'est le bon diagnostic qu'on ne fait qu'en deux temps. Il y a retard de perception, parfois plus que retard d'hémorragie. » Mais, corrigeant aussitôt ce trait humoristique, Mondor ajoute qu'il y a « incontestablement des cas à hémostase provisoire et à anémie retardée. »

Il n'en reste pas moins qu'il y a des hémorragies retardées en deux temps, parce qu'une hémostase provisoire s'est produite tout de suite après l'accident par divers mécanismes, dont j'ai déjà parlé, entre lesquels je ne saurais faire un choix indiscutable pour le cas actuel, que c'est à cette catégorie d'hémorragie revenant, à échéance plus ou moins longue, que je crois devoir rattacher notre observation, si intéressante déjà par son évolution et par son traitement que vous avez vu si efficace.

Tout peut se voir, en effet, en pareille occurrence, depuis la contusion légère jusqu'à l'éclatement foudroyant.

On pourrait citer d'autres exemples, où, après un début de choc alarmant, tout paraît rentrer dans l'ordre pour quelques heures, parfois souvent plusieurs jours (29 jours dans un cas de Schmidt). Toutefois, pendant ce laps de temps, il persiste une contracture très légère de la paroi, une douleur provoquée par la palpation, de la dyspnée, une toux sèche, parfois du hoquet, l'hypochondre gauche est immobilisé. La température reste à 38°, malgré un pouls normal.

Si on a des doutes, on fera une radio de l'hypochondre, qui montrera un diaphragme gauche immobile et surélevé, et une courbe sous-phrénique refoulant l'estomac en dedans. La possibilité de faire ces examens radiologiques montre donc la latence de l'évolution. Puis, c'est avec brutalité que cette hémorragie se produit, après un nouveau traumatisme ou une simple contraction musculaire. De ce nouvel incident, les signes prémonitoires seront des douleurs vagues, des malaises avec reprise des douleurs spontanées, exacerbées par le décubitus dorsal (signe de Willis et Grigsby). Jean Quénu a été alerté par la douleur violente de l'épaule — qui n'a pourtant pas été signalée chez notre blessé. Pour Flechter, cette douleur de l'épaule accompagnant des signes hémorragiques internes, indiquerait que la rate vient de se rompre.

Le diagnostic des ruptures de la rate — secondaires ou primitives — est exposé à de graves erreurs car, ainsi que l'a remarqué Lejars, la symptomatologie des ruptures de la rate est « fort peu localisatrice ». Il est cependant d'une importance capitale, parce que cette lésion nécessite une intervention immédiate. C'est ainsi qu'à la période de choc initial, on peut croire à une lésion splénique qui n'existe pas. En effet, le même état de collapsus peut être provoqué par des contusions thoraco-abdominales sans lésion viscérale. En pareils cas, vous devrez répéter les examens : s'il y a lésion, viscérale ou non, les signes s'aggravent progressivement ou s'améliorent. Ces examens devront être rapprochés, car ces hémorragies vont vite et, d'autre part, il ne faut pas perdre de vue la phase d'amélioration de beaucoup d'hémo-péritoines (Goinard). Ainsi a pu être méconnue une lésion splénique, ce qui a entraîné un retard fatal dans l'intervention.

La cause de ces erreurs regrettables de diagnostic est précisément l'intervalle libre. C'est

pourquoi il faut tenir un traumatisé de l'hypochondre gauche sous une étroite surveillance pendant plusieurs jours, même quinze jours, dit-on. Pendant ce délai, la moindre menace aggravera toute contusion splénique. Pendant ce temps, l'hématome enkysté paraît, *a priori*, difficile à distinguer d'un hématome lombaire par contusion du rein, sans hématurie. Adressez-vous dans ce cas à la radio qui lèvera les doutes, en vous montrant que l'estomac n'est ni refoulé, ni déformé. De plus, recherchez l'hématurie et faites au besoin le cathétérisme des uretères pour reconnaître les lésions associées du rein. Il n'est pas jusqu'à la numération des globules rouges, qui ne puisse vous être d'un grand secours pour préciser le diagnostic d'hémorragie intrapéritonéale (Katz David).

On a parlé enfin de ruptures spontanées (?) de la rate, à la suite d'un traumatisme léger ou même sans traumatisme, qui ont été interprêtées cliniquement comme des perforations d'ulcus ou des appendicites aiguës. En réalité, le diagnostic est faisable dans la majorité des cas, par les seuls signes cliniques (Katz David).

Si maintenant on trouve à l'ouverture du ventre une hémorragie abondante, c'est à la contusion splénique qu'il faudra penser et se conduire en conséquence, c'est-à-dire faire une splénectomie totale ou peut-être partielle selon l'étendue de la rupture.

Au point de vue pratique, tenez pour certain que toute contusion de la rate, quelle qu'en soit la forme clinique, qui n'est pas opérée, aboutit fatalement à la mort. On ne connaît de guérison que dans les cas d'hématomes enkystés, c'est-à-dire sans rupture, et encore l'évolution peut-elle être assombrie par des augmentations successives de l'hématome, par des abcès traumatiques et même, un jour, par une rupture tardive dans la grande cavité péritonéale.

Il s'ensuit que l'indication opératoire est toujours impérative. Tout au plus, dans les cas douteux entre choc et contusion splénique, est-on autorisé à temporiser quelques quarts d'heure seulement, en ne perdant pas de vue l'accidenté. Mais si le doute persiste, il faut opérer. La formule de Gross (de Nancy) pour toute contusion abdominale est toujours valable : « Toutes les fois qu'il y a doute, il faut agir comme si on était en face de la lésion la plus grave ». Dans les cas d'hémorragie retardée, Jean Quénu conseille de se contenter d'interventions assez discrètes même pour intervenir. On voit donc l'unanimité des auteurs pour l'intervention d'urgence. Cette intervention est la splénectomie. Sans doute, il existe dans la littérature des cas, comme celui de Loison (Société de chirurgie, 1901), où les lésions ne justifiant pas une ablation de la rate, le chirurgien se contenta de tasser plusieurs compresses de gaze entre la partie supérieure de la rate et le diaphragme ; cette intervention fut suivie de guérison. Mais c'est une intervention d'exception, indiquée probablement dans un cas d'espèce, qu'il serait imprudent de vouloir généraliser.

La splénectomie, en elle-même excellente opération, parce que bien réglée et immédiatement efficace, a pu dans quelques cas rares trahir l'attente du chirurgien, tel le cas de Morestin, où il intervint tout de suite après l'accident (coup de feu tiré à la base du thorax) et, malgré la rapidité de l'intervention, qui dura un quart d'heure seulement, le blessé, profondément anémié par l'hémorragie, ne reprit pas connaissance et succomba quelques heures après.

La mortalité n'est pas négligeable : elle est de 23 % (Jean Quénu) et même de 40 % (Gonnors). Cette mortalité serait cependant moindre chez les enfants. C'est à partir de 20 ans qu'elle est le double de la mortalité infantile. Ces chiffres devraient sûrement s'améliorer encore à l'heure actuelle, si une décision opératoire rapide, dès la constatation des indices suffisants de la lésion, ne donnait pas à l'anémie hémorragique le temps d'affaiblir la résistance des opérés. Dans les cas favorables, quand les opérés survivent au choc opératoire, on observe des modifications hématologiques considérables : le nombre des globules rouges se relève et le taux de l'hémoglobine s'accroît. Le nombre des globules blancs augmente, neutrophiles d'abord, puis mononucléaires et parfois éosinophiles.

Les suites éloignées sont excellentes ; tout au plus observe-t-on un peu d'anémie, de la fatigue, de la sensibilité aux hémorragies et une hypertrophie ganglionnaire compensatrice de la perte de la rate.

Le retour immédiat à la vie, que procure sûrement la splénectomie, sans compter les suites le plus souvent bénignes, plaide en faveur de cette opération, dont la valeur, dit Lecène, ne saurait être discutée. C'est en effet la seule opération d'exécution rapide qui fasse sûrement l'hémostase. Notre opéré en demeurera, j'espère, dans votre esprit, la démonstration la plus éclatante.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖

La strychnine dans l'empoisonnement aigu par les barbituriques

D'après le Docteur J.-A. Chavany (1)

Les éléments du diagnostic

Dans les tentatives de suicide par les barbituriques, le gardénal semble particulièrement en faveur. Étant donné la fréquence relative de tels accidents, le médecin doit toujours soupçonner un *coma barbiturique*, lorsqu'il se trouve en présence d'un coma, dont l'étiologie n'est pas évidente. Mais un simple soupçon ne doit pas suffire en l'occurence, car le traitement qui s'en suivrait pourrait être nocif, s'il était appliqué à tort.

Une enquête minutieuse renseignera : par l'entourage, sur les motifs plausibles de la détermination, et sur l'heure probable de la tentative ainsi que sur la possibilité d'associations toxiques fréquentes (alcool, dérivés de l'opium, oxyde de carbone) ; par la découverte de tubes ou flacons, sur la nature de la drogue et sa quantité approximative.

D'autre part, l'examen objectif fournit lui-même d'importants renseignements. On se trouve en présence d'un sujet qui dort, mais si profondément qu'il s'agit d'un véritable coma. Toute conscience est abolie, toute sensibilité disparue, l'inertie est globale, l'hypotonie totale. L'abolition des réflexes tendineux doit déjà retenir l'attention. La mise en évidence d'un signe de Babinski bilatéral ne doit pas faussement aiguiller vers l'idée d'une lésion cérébrale en foyer. Ce qui domine, c'est l' « aspect dépouillé » d'un tel coma, et, avec la notion d'âge indifférent ici, *l'absence de signes associés*, qui permettent d'identifier les autres états comateux. Le coma apoplectique avec ses paralysies, surtout faciale. Le coma urémique, avec l'hypertension artérielle, le Cheyne-Stockes, l'examen des urines et du sang. Le coma diabétique avec le Kusmaul, l'excavation des yeux, l'odeur de l'haleine, la glycosurie et l'acétonurie. La léthargie de l'encéphalite aiguë, avec son sommeil moins profond. Le coma oxycarboné, avec son sang fluide, rosé, contrastant avec le sang noir, poisseux, coagulant dans l'aiguille, des barbituriques. Le coma alcoolique, avec son odeur caractéristique et son agitation.

Dans les cas douteux, on fera rechercher les barbituriques dans les urines.

De toutes façons, il convient de *faire vite*, car la longueur du temps perdu entre l'ingestion toxique et le déclenchement du traitement interviendra sur le résultat qu'on recherche ; l'heure critique, à ne pas dépasser, paraît être la dix-septième.

Le traitement

1° *Favoriser l'élimination de la drogue*, qui s'opère par les urines et les selles. Pas de lavage d'estomac après la douzième heure. Si le réflexe pharyngien est aboli, provoquer le vomissement par l'injection d'un demi ou un centigramme d'apomorphine. Vider la vessie. Lavement évacuateur. Instillation rectale goutte à goutte toutes les heures de 500 c. c. de sérum physiologique adrénaliné.

2° *Lutter contre la déficience des centres nerveux par le sulfate de strychnine*, ce qui est l'essentiel du traitement. L'imprégnation barbiturique ayant élevé très anormalement le seuil d'excitation de ces centres, il faut dès lors une posologie qui, chez un sujet sain, ferait sûrement apparaître les signes de l'intoxication strychnée ; il faut graduer par tâtonnements les doses, suivant les réactions du malade, de manière à faire réapparaître, tout au moins de façon momentanée au début, les fonctions obscurcies, en particulier la conscience et les réflexes tendineux.

Pratiquement, on injecte d'abord dans la veine un centigramme de sulfate de strychnine. S'il ne se passe rien dans le quart d'heure suivant, on injecte dans la veine cinq centigrammes de strychnine. La voie de choix est dans tous les cas, tant que le malade semble en danger, la *voie intraveineuse*. A la suite de cette deuxième injection, plusieurs éventualités peuvent se produire.

1° La conscience résurgit passagèrement pendant quelques minutes : léger réveil ; grognement à la douleur ; on peut mettre en évidence les réflexes cutanés ou tendineux. Puis, nouvelle chute dans le néant. Injecter 5 centigrammes de strychnine trente minutes après la piqûre précédente, et continuer suivant le même rythme demi-horaire, tant que les mêmes phénomènes réactionnels se reproduiront. S'ils se précisent

(1) *Le Progrès Médical*, 10 janvier 1942.

◆◆◆

et s'intensifient (amélioration), on adoptera le rythme horaire avec les mêmes doses. S'ils s'atténuent, on augmentera les doses, comme il va être précisé ci-dessous.

2° Autre éventualité : aucune réaction apparente ne se manifeste, le sujet continue à dormir comme si de rien n'était : on fera 6 centigrammes à l'injection suivante, et par tâtonnements, en montant parfois jusqu'à 10 centigrammes, on recherchera la dose, qui ébranle le coma. A partir de 7 centigrammes, mieux vaut ne faire qu'une piqûre par heure. Mais il ne faut pas élargir l'intervalle entre deux piqûres au delà d'une heure, car la strychnine s'élimine dans la règle en une heure environ. Plus tard, l'action des injections de 10 centigrammes chaque heure paraît supérieure à celle de deux injections de 5 centigrammes chaque demi-heure. Si on obtient le retour partiel et momentané de la conscience, on établira la dose utile en se basant sur la présence de petits signes d'intoxication strychnés, à savoir le Chvosteck et de petits soubresauts musculaires obtenus par excitation cutanée, qu'il conviendra de maintenir en permanence.

3° Troisième éventualité beaucoup plus rare, des signes patents d'*intoxication strychnée* surviendront : contractures, convulsions localisées ou généralisées, trismus : l'injection intra-musculaire de méthyl-phényl-éthyl-malonylurée (isonal) jugulera les accidents aigus, permettant la reprise ultérieure de la strychnine avec une posologie moindre.

Suivant ces directives générales, il faut continuer sans défaillances, au rythme et aux doses qu'imposent les circonstances et cela sans fixer de délai, tant qu'il sera nécessaire, parfois durant plusieurs jours. C'est là un long et pénible devoir, qui s'impose au médecin, quand il veut arracher son malade à la mort.

Lorsque les réactions conscientes ne subissent plus d'éclipses, on peut espacer les injections et recourir au centigramme, puis, alors seulement, à la voie intramusculaire. Ne pas oublier que les réactions d'intoxications strychnées ne sont pas un test de guérison ; le malade peut rechuter et imposer la reprise du traitement, surtout si, trop brusquement, on le cesse.

Une telle méthode, qui tend à « morceler le coma » semble devoir offrir une heureuse influence préventive à l'égard des complications pulmonaires ; on recommande, dans le même but, des injections quotidiennes d'emblée de lysat-vaccin de Duchon. Comme traitements adjuvants : la saignée (500 à 600 grammes), les inhalations d'oxygène, la respiration artificielle contre la défaillance respiratoire, et les injections intramusculaires quotidiennes de 2 milligrammes d'acétate de désoxycorticostérone pour soutenir le tonus vasculaire.

G. FISCHER.

LES FERRISCORBONES DANS LE TRAITEMENT DES ŒDÈMES CACHECTIQUES

Les œdèmes cachectiques, qui apparaissent à la période terminale de l'évolution des maladies chroniques, des cancers en particulier, sont généralement considérés comme un symptôme peu accessible à la thérapeutique et sur lequel les diurétiques habituels ont peu d'action. Or, il n'est pas sans intérêt de les amender et de les faire disparaître, la désinfiltration des membres atteints procurant aux malades une amélioration de leur état.

M. A. JOSSERAND a employé avec avantage contre ces œdèmes les injections de ferriscorbone sodique, associées ou non aux injections de cynara. Avec MM. Albert Morel et F. Arloing, il a signalé déjà l'action désinfiltrante des ferriscorbones (1) sur les œdèmes périfocaux des néoplasies malignes. A la Société médicale des hôpitaux de Lyon, il vient de rapporter une observation, chez une femme atteinte de cancer gastrique, d'œdème cachectique des membres inférieurs traité par les injections intraveineuses quotidiennes de ferriscorbone sodique à la dose de 0 gr. 02, associées à partir du douzième jour aux injections quotidiennes d'extrait de cynara. La diurèse commença dès le troisième jour de la médication et, un peu avant la fin du traitement (trente injections de ferriscorbone et vingt injections de cynara), les œdèmes avaient diminué de moitié, pour disparaître entièrement dans la suite.

Cette observation, remarque M. André Josserand, n'est pas unique. On agit fréquemment, dit-*il*, par les ferriscorbones, sur les œdèmes dits cachectiques.

P. L.

(1) Les ferriscorbones sont des composés fer-acide ascorbique. Leur mode de préparation, assez complexe, a été indiqué par les auteurs, dans diverses publications.

L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

La valeur et les résultats de la malariathérapie

R. Bessière et P. Brisson (de l'Hôpital psychiatrique Sainte-Anne) ont eu l'idée d'étudier comparativement les résultats de la malariathérapie et ceux du stovarsol ; on trouve pour l'une et pour l'autre des données à peu près identiques : 18,5 et 19 p. 100 de bonnes et très bonnes rémissions. En tous cas, ces résultats sont nettement supérieurs à ceux de l'abstention thérapeutique d'autrefois. Les belles rémissions thérapeutiques, portant sur le fonds mental et sur la récupération fonctionnelle, sont plus nombreuses et plus complètes, et cela d'autant mieux lorsqu'elles se produisent dans les premières semaines, ou les premiers mois du traitement, et que le malade est soigné au début de sa maladie. Ces rémissions sont aussi plus durables que les rémissions spontanées, car, si elles peuvent ne porter que sur quelques mois, il n'est pas exceptionnel de les voir se maintenir cinq, dix et même treize ans. Même si l'effet n'est pas suffisant pour rendre la liberté au malade, l'évolution générale de sa P. G. se trouve améliorée : escarres et cachexie retardée ; longévité prolongée. Mais, en aucun cas, on ne peut parler de guérison définitive et complète. Tôt ou tard, il y aura rechute, le malade réintègrera l'asile pour y mourir de sa P. G. ; c'est ce qu'ignorent trop souvent les familles.

Il ne faut pas cacher que le traitement, comme une opération chirurgicale, peut comporter quelques dangers (1 à 2 p. 100 de décès) ; et puis, 80 p. 100 des malades traités restent déments ou inutilisables. (*La Presse médicale*, 15 novembre 1941).

Les œdèmes par déséquilibre alimentaire

Dix observations ont ervi à P. Mauriac et ses collaborateurs pour faire la synthèse de ce syndrome ; elles ont été prises dans la clientèle de ville ou d'hôpital, chez des individus en pleine activité professionnelle.

Le malade vient consulter le plus souvent parce que ses pieds ou ses mains ont enflé. Un ensemble de signes ont précédé les œdèmes : amaigrissement notable, impression de grande fatigue, céphalée. L'œdème blanc cireux, mou, indolent, siège aux parties déclives ; mais il peut se généraliser d'emblée, gagner la face, le péritoine, la plèvre. La bradycardie est d'une constance remarquable. Les réflexes tendineux sont très faibles. Dans le sang, les protides totaux furent abaissés dans une proportion de 30 à 40 p. 100 environ (45 à 60 grammes par litre) ; cette diminution porte presqu'exclusivement sur la sérine, la globuline étant à peine diminuée.

La pathogénie de ce syndrome œdémateux relève évidemment des restrictions alimentaires imposées à tous ; mais il faut faire la part des prédispositions individuelles, car tous les sujets ne sont pas atteints. Le rétablissement de l'équilibre de la ration l'emporte sur le besoin de vitamine. Mais il est un facteur thérapeutique qui, à lui seul, semble avoir une grande influence sur la disparition des œdèmes : c'est le repos au lit. (*Paris médical*, 20 novembre 1941).

Le vertige dans les affections digestives

Le Docteur Faroy passe en revue les différents espèces de vertiges digestifs : gastriques, intestinaux, hépato-vésiculaires. Il établit que, seuls souffrent de vertiges, les malades gastriques atteints de ptose ou de dyspepsies secondaires, dans lesquelles le foie et l'intestin sont touchés ; que, d'autre part, les vertiges digestifs s'observent avec prédilection dans les affections du côlon et de l'appareil hépato-vésiculaire. En réalité, il n'y a pas un vertige gastrique, un vertige intestinal, un vertige hépatique ; en raison des inter-réactions constantes entre l'estomac, le côlon et le foie, il y a un vertige digestif, dans lequel côlon et foie sont les seuls organes à entrer vraiment en action. Cependant, tous les sujets, qui se trouvent dans ces conditions, ne sont pas touchés, car, en dehors du tube digestif, un autre facteur est nécessaire, c'est le système neuro-végétatif.

Enfin, pour que ce vertige prenne naissance, il faut essentiellement à sa base : soit une lésion de l'oreille interne, soit un trouble de l'élément nerveux vestibulaire. Néanmoins, c'est le foie, la vésicule, le côlon, la ptose, l'appareil neuro-végétatif qu'il faudra soigner, et très fréquemment, on aura la satisfaction, en supprimant les causes déclanchantes de voir s'atténuer et disparaître les vertiges d'origine digestive. (*Le Progrès médical*, 1er novembre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur l'addition de phosphate de chaux et de vitamine D à des biscuits pour parer au déficit calcique

(M. L. TANON ; 16-12-1941)

Après lecture du rapport de M. Tanon sur ce sujet, l'Académie a approuvé l'initiative du Secours National d'incorporer, dans les biscuits fabriqués pour les enfants, du phosphate de chaux et des vitamines D dans le but de parer au déficit alimentaire actuel en calcium. A 10 grammes de biscuit, serait ajouté 0 gr. 25 de phosphate tricalcique de chaux. Les enfants recevraient cinq fois par semaine : 2 biscuits de six à dix ans ; 4 de dix à quatorze ans ; 6 de quatorze à seize ans et 8 de seize à dix-huit ans.

Lait écrémé à 30 p. 1.000. Laits concentrés et laits secs

(M. E. LESNÉ ; 16-12-1941)

La Commission du rationnement et la Commission du lait, de l'Académie, ont discuté des projets du secrétariat du ravitaillement ayant trait à la vente comme lait courant de lait frais écrémé à 30 p. 1000, à la suppression des laits concentrés entiers et du lait sec entier acidifié, et à la réduction de la fabrication des laits concentrés. Ces projets n'ont pas reçu l'assentiment de l'Académie, qui a émis le vœu que : 1° le taux butyreux du lait ne soit pas abaissé au-dessous de 35 par litre ; 2° la fabrication des laits concentrés non seulement ne soit pas limitée, mais soit au contraire favorisée ; 3° les laits concentrés soient toujours préparés avec du lait entier ; 4° la fabrication du lait entier sec acidifié ne soit pas supprimée vu la valeur de cet aliment chez les nourrissons, en l'absence de lait maternel.

Le diencéphale et les mécanismes régulateurs de la vie organique

(MM. ROUSSY et MOSINGER ; 16-12-1941)

Garantie hygiénique des laits pasteurisés

(M. Gustave THIEULIN ; 23-12-1941)

Les analyses bactériologiques de l'auteur lui ont montré que la pasteurisation des laits telle qu'elle est actuellement généralement pratiquée ne donne qu'une garantie insuffisante. Il propose certaines mesures d'amélioration.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les griffes de la main consécutives à la constriction de l'avant-bras par un appareil plâtré

(M. Jacques LEVEUF ; 5-11-1941)

M. Leveuf a étudié dans de précédentes communications les griffes de la main consécutives à la contusion de l'artère humérale au cours des fractures supra-condyliennes de l'humérus. Il envisage aujourd'hui une autre série de cas, où la griffe de la main a pour origine la compression du membre par un appareil plâtré trop serré. En voici un exemple : un garçon de 14 ans fait une chute de bicyclette. Sur un diagnostic de fracture de l'avant-bras (sans radiographie préalable) on lui applique un appareil plâtré qui est renouvelé dix jours après. Alors que le premier appareil était assez lâche, le second est assez fortement serré par une bande de toile. Deux heures après, douleurs ; quarante-huit heure après, la main est inerte, gonflée, les doigts sont fléchis en crochet. L'appareil est enlevé le lendemain, mais une griffe de la main est déjà constituée. La radio ne révèle pas de fracture.

Dans ces griffes de la main par appareil trop serré, il existe des douleurs vives qui ne se rencontrent pas dans les cas purs de contusion de l'artère humérale. La griffe apparaît immédiatement, alors qu'elle est beaucoup plus tardive lorsqu'il s'agit de contusion artérielle. Une autre différence entre les deux syndromes se trouve dans l'état de la circulation au niveau du membre. Dans la contusion de l'humérale, le pouls a disparu alors qu'il n'est pas modifié dans les cas de compression par appareil plâtré.

L'évolution de ces lésions est plus ou moins rapide (4 mois, 6 mois, 4 ans 1/2, etc., dans les observations de l'auteur) mais elle marque toujours une tendance vers la guérison. Comme traitement, favoriser la circulation du membre par l'air chaud et les injections d'acécholine ; combattre la rétraction par la mobilisation active et passive et l'application pendant la nuit d'une attelle qui redresse les doigts dans la mesure du possible ; ionisation iodurée contre l'hyperplasie conjonctive secondaire. Comme prophylaxie, se rappeler qu'un plâtre circulaire doit être étroitement surveillé et qu'il ne faut pas hésiter à l'enlever dès que le sujet manifeste des signes d'intolérance.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA NÉCESSITÉ DE FAIRE L'ÉDUCATION DE LA SANTÉ

« Il n'y a rien que les hommes aiment à conserver et qu'ils ménagent moins que leur propre vie » a dit La Bruyère (1). Et plus loin, il fait remarquer les inconséquences de l'alimentation et du vêtement. « Qui règle les hommes dans leur manière de vivre et d'user des aliments ? la santé et le régime ? cela est douteux (2) etc... » Les choses ont peu varié depuis le XVIIe siècle et on peut actuellement faire les mêmes remarques et poser les mêmes questions que La Bruyère.

C'est ce qui a incité M. le Docteur Delore, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, chef de mission pour la propagande et l'Education sanitaires, à écrire un petit ouvrage très intéressant intitulé *l'Education de la santé* (3) qu'a préfacé le Docteur Serge Huard, secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Ce livre destiné au grand public donne en un style simple et clair des conseils pratiques sur la vie saine, l'hygiène alimentaire, l'hygiène des boissons, la culture physique, le repos et le sommeil, l'hygiène corporelle, mentale et sexuelle.

Il conclut en exposant la place que la sauvegarde de la Santé publique doit tenir dans l'actuelle Révolution nationale. La première partie pose la question : Pourquoi l'éducation de la Santé ? C'est sur elle que nous désirons nous appesantir.

La santé, c'est l'équilibre, l'harmonie des fonctions du corps et de l'esprit. Elle engendre la joie de vivre tandis que la maladie est cause de tristesse et d'angoisse. La santé s'accorde avec la liberté, le bonheur, la vie active, le travail utile. Elle est un des facteurs de la beauté, le gage d'une longue vie et d'une verte vieillesse. Non seulement elle se manifeste sur la personne, l'individu, mais son influence s'exerce sur la collectivité toute entière.

Son maintien est avant tout une affaire d'hygiène. L'insalubrité du logement, une mauvaise alimentation, l'alcoolisme, le surmenage, les excès de toutes espèces, la mauvaise hygiène mentale, l'immoralité, etc... sont les ennemis de la santé. La vie saine suppose la vie sage et avant tout l'éducation de la santé sera une éducation morale. Ton corps n'est pas à toi, mais il est à ta famille, à ton pays, à ton âme.

Mieux vaut éduquer qu'imposer et les lois et les règlements sans l'éducation sont d'une efficacité toute relative. Il convient de remplacer la crainte du microbe par la confiance en un organisme sain qui résistera victorieusement à ses attaques.

Le genre de vie moderne qui avec le prétendu progrès est devenu contre la nature et artificiel, rend l'éducation de la santé plus nécessaire. En France les statistiques nous montrent que cette nécessité est plus pressante qu'ailleurs. La mortalité annuelle atteint 15 pour 1.000 dans notre pays tandis qu'elle ne dépasse pas 12 pour 1.000 en Angleterre, 11 en Allemagne, 10 dans les pays scandinaves. Tous les ans il meurt 40.000 enfants de moins d'un an chez nous. Un cinquième de notre jeunesse est inapte au service militaire. Le total de la mortalité tuberculeuse dépasse 80.000 et cette seule maladie fait perdre annuellement à la France 15 milliards. En cinq ans de paix la tuberculose, la syphilis et le cancer ont fait plus de victimes à eux seuls dans notre pays que cinq ans de guerre. Les enfants malingres, arriérés, la vieillesse prématurée des adultes se multiplient. C'est que chaque Français absorbe par an 18 à 20 litres d'alcool, tandis que l'Allemand se contente d'une moyenne de 4 litres et l'Anglais de 5 litres. Aux 50.000 boulangeries dans notre pays, peuplé de mangeurs de pain, s'opposent 500.000 marchands de vin, soit 1 pour 80 habitants ; tandis que la proportion est de 1 pour 240 en Allemagne et 1 pour 430 en Angleterre. Les taudis n'existent pas seulement dans nos villes mais dans nos campagnes. Nous avons une fausse conception des sports qu'on ne comprend pas en dehors de l'athlétisme et des compétitions. Alors qu'il faudrait que la jeunesse s'y livre tous les jours, qu'on multiplie les stades, les terrains de jeu, les piscines, qu'on développe à l'Ecole la culture physique.

On objectera que tout cela nécessitera de grosses dépenses, sans songer que rien n'est plus coûteux que la maladie.

L'ignorance du public en ce qui concerne la

(1) Les caractères. De l'homme.
(2) *Ibid.* De quelques usages.
(3) Flammarion, édit.

santé est inimaginable. Les jeunes gens connaissent mieux la machine automobile que la machine humaine. Les notions erronées, les idées fausses, les préjugés règlent le genre de vie de la plupart des gens. Ils confondent bien manger et manger beaucoup et croient que les aliments les meilleurs sont les plus raffinés. Ils abusent des viandes, du café, des liquides alcooliques, se croient sous-alimentés quand en se levant de table, ils ont encore de l'appétit. Il faudrait que l'homme de bureau se contentât d'un demi litre, tout au plus de trois quarts de litre de vin par jour ; que le travailleur ne dépassât pas 1 litre à 1 litre 1 /4 ; qu'on ne donne pas de vin aux enfants avant l'âge de 15 ans ; qu'on ne soit pas persuadé que pour être alcoolique l'ivrognerie soit nécessaire. Il y a des préjugés sur la valeur hygiénique des apéritifs, sur les vertus digestives des liqueurs qu'il conviendrait de faire disparaître. Il faudrait convaincre le public que l'alcool n'est pas un élément de force, bien au contraire et que tous les individus sont égaux devant l'alcool. Les médecins en soutenant ces opinions n'exagèrent pas, de même en interdisant le tabac avant l'âge de 20 ans, en bornant à six cigarettes ou deux pipes par jour sa consommation.

Toutes ces constatations, que tout le monde peut faire chaque jour et qui, cent fois répétées par les hygiénistes et les médecins, au point de devenir banales, montrent que l'éducation de la santé est nécessaire et que M. le Docteur Delore a été bien inspiré en publiant son petit traité, car la pensée de Montaigne est toujours vraie, On nous apprend à vivre quand la vie est passée.

J. Noir.

UNE GRANDE PREMIÈRE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La leçon inaugurale du Docteur Cadenat, professeur de Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine où il remplace le Professeur Grégoire, clinique qu'avait illustrée Lejars, a été une manifestation des plus brillantes de la Faculté, Le grand amphithéâtre était comble.

Les Professeurs en robe, conduits par le Doyen, firent une entrée solennelle, précédés par l'appariteur portant la masse d'argent de la Faculté.

Après la présentation et l'éloge du nouveau Professeur par le Doyen, M. A. Baudoin, M. Cadenat eut la parole.

Sacrifiant aux coutumes rituelles qui veulent qu'une leçon inaugurale débute par l'éloge des maîtres, des collaborateurs, des amis et des professeurs qui ont occupé la même chaire, M. Cadenat s'acquitta de cette tâche avec délicatesse et parfois avec esprit. Les premiers applaudissements unanimes, souvent répétés au cours de la leçon, furent déchaînés quand il rendit hommage à la belle et longue carrière chirurgicale du Professeur Hartmann, un de ses maîtres.

Puis s'adressant aux étudiants, il leur conseilla d'abord de conserver leur santé et leur vigueur en ne négligeant pas les exercices physiques qu'il était prudent cependant d'interrompre par ces temps de restrictions. Les sports sont à recommander pourvu qu'ils n'empiètent pas sur les heures consacrées aux études.

M. Cadenat donne la priorité à la clinique et désire que, dès la première année, l'étudiant fréquente régulièrement l'hôpital. Les livres doivent être consultés avant et après la visite.

Dans l'étude des langues vivantes, on doit débuter par la conversation, la grammaire s'apprend ensuite. De même dans les études médicales, l'étude théorique tient la place de la grammaire. M. Cadenat fait le portrait du chirurgien moderne, qui doit allier les connaissances anatomiques et cliniques à l'habileté de la main.

Il montre que la chirurgie a pris un tel essor, qu'il est imprudent d'en permettre, sauf urgence, l'exercice à des personnes inexpérimentées et est partisan de la résurrection du diplôme de docteur en chirurgie.

La chirurgie, depuis quelques années, avait diminué le domaine de la médecine ; il cite à ce sujet, les résultats obtenus par le Professeur Leriche dans la chirurgie du sympathique, mais la médecine avec l'endocrinologie, avec la radiologie, les sérums, etc., est en voie de prendre sa revanche. On peut être un médecin éminent et devenir un chirurgien très habile, M. Clovis-Vincent, professeur de neuro-chirurgie, en est un exemple. Après avoir énuméré les services qu'ont rendus les laboratoires, l'instrumentation à la chirurgie et relaté la belle organisation de son service de l'Hôpital Saint-Antoine, due à son très distingué prédécesseur, le Professeur Grégoire, M. Cadenat insiste sur l'effort que doit faire la jeunesse et, au cours de sa leçon, fait plusieurs fois allusion en termes éloquents aux malheurs de notre pays ; il compte sur la nouvelle génération pour opérer le rétablissement de la France. Chaque fois que le Professeur aborde ces sujets, il déchaîne des applaudissements enthousiastes.

Après cette brillante leçon d'ouverture, une longue théorie de maîtres, d'élèves, d'amis se rend dans la salle du Conseil de la Faculté pour féliciter chaleureusement le nouveau Professeur.

J. Noir.

« LA MÉDECINE DU TRAVAIL »

Par le Docteur A. Gros,

Médecin-Conseil de pathologie du Travail et d'Hygiène industrielle de la Mutualité
Membre de la Commission d'hygiène industrielle (Secrétariat d'Etat au Travail)
et du Comité consultatif d'hygiène de France, section d'hygiène industrielle et de médecine du travail
(Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé)

et le Docteur Jourdan-Laforte

Médecin-Conseil de pathologie du Travail et d'Hygiène industrielle

Au cours des derniers mois, de nombreux articles ont traité de la médecine du travail. Le développement rapide de cette action nouvelle est de mieux en mieux compris.

Notre intention, en écrivant cet article, est de montrer d'une part, l'importance du rôle qu'elle doit jouer dans la réorganisation de notre Pays, d'autre part, de préciser auprès de tous nos confrères la doctrine qui sert de guide à l'équipe des jeunes médecins du Travail.

Celle-ci ne comprend pas uniquement les médecins d'usines, mais actuellement déjà, des médecins-conseils dans le cadre des secrétariats d'Etat au Travail, à la Production, à la Santé publique et auprès des principaux Comités d'organisation. Les Assurances privées et les Assurances sociales, directement intéressées, comprennent la nécessité de s'assurer la collaboration des médecins spécialisés qu'il ne faut pas confondre avec les médecins-contrôleurs. Enfin, les médecins conseils d'usines constituent la majorité des médecins du Travail.

Cette spécialisation a pour buts essentiels :

— la protection technique du travailleur contre les dangers que présente sa profession. Alors qu'il existe dans toutes les usines, un service-entretien-machines, il est inadmissible qu'il n'existe pas un service de sécurité humaine ;

— l'amélioration et le maintien (prévention) de la valeur physiologique de la main-d'œuvre (capital humain et production).

La Direction d'un tel service demande un ensemble de connaissances techniques, physiologiques et psychologiques qui désignent tout naturellement le médecin pour en assurer la responsabilité.

Nous ne saurions trop insister sur ce fait que l'activité du véritable médecin du Travail est totalement orientée vers ce but de prévention.

Nous voudrions également insister sur le fait qu'il n'existe pas de concurrence entre le médecin du Travail et le praticien, mais au contraire, qu'entr'eux doit s'établir une collaboration étroite pour le plus grand bien de la Santé publique.

Quel est le rôle du médecin du Travail ?

Chacune de ses activités doit être technique et se compléter d'un souci d'action sociale.

— A l'embauche : celui-ci fait subir au candidat un examen clinique, complété fréquemment par un examen radiologique ou de laboratoire. Il en synthétise le résultat par l'attribution d'une cote générale de « valeur travail », puis d'une cote plus précise de « valeur professionnelle ou de spécialité », (d'où nécessité pour le médecin du Travail de connaître les métiers, leurs exigences et leurs dangers).

Cette visite d'embauche permet d'éliminer les malades contagieux qui sont adressés à leur médecin. La guérison étant obtenue et constatée, l'embauche peut être faite.

Les sujets ne possédant pas les aptitudes nécessaires pour la profession envisagée, seront le plus souvent l'objet d'un reclassement dans le cadre de l'entreprise. Ils seront parfois éliminés, mais il ne s'agit pas, dans ce dernier cas, d'élimination brutale du candidat jugé inapte à une fonction déterminée. Le médecin doit orienter le candidat soit vers son médecin-traitant ou un organisme de soins, soit vers une activité compatible avec ses moyens physiques, en liaison avc *les offices de placement.*

Donc, le travailleur ne doit pas, par suite de son état physique, être rejeté du monde du travail, par une série d'examens d'embauche. Il doit être orienté ou soigné et reclassé.

— En dehors du problème de l'embauche, tout ouvrier sera examiné périodiquement (en général annuellement) de façon systématique, à des dates plus ou moins rapprochées, soit selon les risques et responsabilités de sa profession, soit selon son état physio-pathologique. *Examens de santé* permettant de réaliser un véritable programme de prévention dans le cadre d'une main-d'œuvre déterminée, en connaissant régulièrement tous les bilans physio-pathologiques et les mesures propres à les améliorer ou à les maintenir satisfaisants.

— Tout malade découvert est adressé à son médecin-traitant ou au spécialiste qui lui donnent les soins nécessaires. S'il s'agit d'une maladie professionnelle, le médecin du Travail donnera à son confrère tous les renseignements utiles, car cette pathologie est encore peu connue tant au point de vue clinique et thérapeutique qu'au point de vue juridique.

— Pour jouer un rôle efficace dans la prévention (notamment des maladies professionnelles et des accidents de travail), pour avoir de l'autorité, *le médecin du travail doit bien connaître l'usine*, qu'il visitera en détail de façon fréquente. Il doit vivre à la machine avec l'ouvrier et ne pas rester enfermé dans son cabinet. Par la connaissance précise des conditions matérielles du travail, le médecin pourra tenir sa place réelle dans le Comité de sécurité, en liaison avec les services techniques mécaniques.

— Les ouvriers absents (malades et accidentés) sont suivis en liaison étroite avec le médecin-traitant, dans un esprit de confraternité confiante et réciproque. A la reprise du travail, l'examen médical, tout en contrôlant l'absentéisme, permet d'étudier l'aptitude de l'ouvrier à reprendre son activité ancienne ou la nécessité de le changer de poste, en appréciant les séquelles de l'accident (incapacités partielles temporaires ou permanentes) ou de la maladie.

— Le médecin du Travail doit assurer *la direction du service social*. Surintendante et assistante sociale d'usine travaillent en collaboration étroite avec lui, sous sa direction. Par ses contacts permanents avec les ouvriers et la confiance qu'il inspire, le médecin est mis au courant de nombreux « cas sociaux » qu'il signale à ses collaboratrices.

— *La surveillance médico-sociale* très suivie du développement physique et moral DES APPRENTIS, en fonction de leur avenir, revêt une importance primordiale. En effet, trois années d'apprentissage coûtent actuellement, en moyenne, par sujet, à l'entreprise, 30.000 francs. D'autre part, les jeunes apprentis sont destinés à constituer les cadres futurs de l'entreprise. Le médecin est en partie responsable de la valeur de ces cadres futurs, de leur rendement.

— Enfin, le médecin-conseil contrôle et surveille l'organisation de la gymnastique et des sports. Il participe à l'organisation des foyers, des bibliothèques et des restaurants, réfectoires, cantines d'usines (si importantes actuellement).

Tel est schématiquement le rôle du médecin du Travail.

Pour parvenir aux buts recherchés, des liaisons sont nécessaires :

— DANS LE CADRE DE L'ENTREPRISE, avec les services techniques de l'usine : Direction, Service du Personnel, Agents de maîtrise, Délégués ouvriers et le Comité spécial créé par la Charte du Travail ;

— EN DEHORS DE L'ENTREPRISE, avec les différents services médico-sociaux (Dispensaires O. P. H. S., Œuvres sociales diverses, avec les médecins traitants et les hôpitaux, enfin avec les Assurances sociales et la Mutualité, les organisations médico-sociales des professions et les Pouvoirs officiels (section d'hygiène) et en particulier, l'Inspection du Travail.

QUELS SONT LES DIVERS ASPECTS DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ?

Indépendamment des organismes officiels, des assurances, des professions, les entreprises possèdent des services médico-sociaux techniques du Travail. Selon l'importance et le nombre d'ouvriers qu'elles occupent, les services varient.

— Pour les grandes entreprises, la présence d'un médecin-conseil « à temps complet » est nécessaire. Parfois même, un médecin-chef dispose de la collaboration de médecins-assistants ;

— Pour les entreprises moins importantes, la présence d'un médecin.conseil « à mi-temps » est suffisante ;

— Enfin, les petites entreprises, qui représentent la plus grande partie de l'industrie française, se groupent pour organiser un service médico-social inter-entreprises, soit sur le plan professionnel, soit dans la majorité des cas, sur le plan régional.

QUE NÉCESSITE MATÉRIELLEMENT UN SERVICE MÉDICO-SOCIAL D'USINE ?

Qu'il appartienne à une usine ou à un groupe d'entreprises, il réclame une installation matérielle qui varie suivant l'usine et parfois suivant le genre de travail. En général, il comporte un bureau médical d'examen clinique, un bureau d'assistante sociale, une salle de pansements pour soins d'urgence, un poste de radiologie et fréquemment des possibilités d'examens de laboratoire.

QUE FAUT-IL POUR DEVENIR MÉDECIN DU TRAVAIL ?

Outre une solide culture médicale générale, il est nécessaire de posséder la connaissance nette du travail lui-même, de la physio-pathologie par rapport à celui-ci, des maladies professionnelles. Enfin, le médecin du Travail doit connaître la législation sociale. L'enseignement en est donné dans plusieurs facultés (diplôme de médecine du Travail et d'Hygiène industrielle).

A Paris (M. le Professeur DUVOIR) cet enseignement se développe de façon impressionnante. Les résultats obtenus à Lyon, par M. le Professeur MAZEL, à Lille, par M. le Professeur LECLERCQ, sont également encourageants.

Prochainement, les facultés de Marseille, Nancy, Bordeaux, organiseront l'enseignement de la médecine du Travail. Mais l'enseignement théorique ne suffit pas ; il faut au futur médecin du Travail, un enseignement pratique. Il lui faudra donc faire des stages dans diverses entreprises où fonctionnent déjà des services médico-sociaux.

(*A suivre.*)

DOCUMENTATION PRATIQUE

LE CARNET A SOUCHES

Son application

Les quelques semaines qui se sont écoulées depuis l'institution du carnet à souches, ont permis d'entrevoir toutes les questions pratiques que posait sa mise en vigueur.

Nous voulons aujourd'hui apporter quelques lumières sur ces différents problèmes.

Disons tout d'abord que, contrairement à ce qui avait été auparavant annoncé, le ministère des Finances ne se préoccupe nullement d'établir un modèle type de « carnet à souches », laissant libre cours aux initiatives privées. Il est d'ailleurs assez difficile, pour le moment, de se procurer dans le commerce un tel carnet.

Entrée en vigueur. — Par une première information reproduite par nous dans notre numéro du 8 février, et reprise par un communiqué que le Conseil supérieur nous transmet en dernière heure, le ministère des Finances avisait le Corps médical qu'il admettrait, pour la mise en application de ces nouvelles mesures, une tolérance de quelques semaines.

Mais, dans une lettre adressée le 4 février 1942 au Conseil supérieur de l'Ordre, il précise que cette tolérance ne saurait dépasser la date du 28 février 1942.

Nous avons d'ailleurs recueilli, à bonne source, l'impression que l'Administration était décidée à faire respecter ces prescriptions légales.

Exceptions. — Nos lecteurs savent que la délivrance des reçus n'est pas obligatoire dans deux cas :

— lorsque le paiement des honoraires est effectué par chèque nominatif. Il faut prendre cette expression au sens large. Donc, tous paiements laissant une trace matérielle mentionnant la somme versée, le nom du payeur et celui du bénéficiaire, tels que chèques bancaires nominatifs, virements par chèques postaux, mandats, sont dispensés de reçus ;

— lorsque le paiement est effectué par une personne, une administration publique ou privée, astreinte à la déclaration annuelle des honoraires, traitements, salaires ou rémunérations quelconques versés par elle. Rentrent dans cette catégorie toutes les sommes versées à des médecins par des administrations publiques ou privées, par les Compagnies d'assurances pour les notes d'accidents du travail, par l'Assistance médicale gratuite, pour les soins aux pensionnés de guerre, etc., quel que soit le genre de rémunération fixe : à la vacation, ou fonction des actes médicaux accomplis.

Encaisseurs. — Signalons que les médecins qui ont l'habitude de faire toucher leurs honoraires par un encaisseur, faisant à période fixe une tournée, pourront sans difficulté faire remettre à leurs clients, contre paiement des sommes dues, un reçu extrait d'un carnet à souches portant l'indication de leur nom et de leur adresse, mais signé pour eux par l'encaisseur au fur et à mesure des paiements qu'il reçoit.

Propharmaciens. — Ces derniers, de même que leurs confrères médecins, sont assujettis à l'obligation de délivrer un reçu à l'occasion de tout paiement représentant, soit le montant d'une consultation, soit la valeur des médicaments, soit le montant des deux à la fois.

Fiscalement, il n'y a aucun inconvénient puisque les achats de produits pharmaceutiques étant compris dans les frais professionnels, viennent en déduction du montant des recettes brutes.

Professionnellement, nous pensons que cette méthode a l'avantage de ne pas dissocier l'activité médicale de l'activité pharmaceutique du propharmacien.

L'inconvénient de cette manière de procéder consiste évidemment en l'obligation de délivrer des reçus pour toutes recettes, même minimes, lorsqu'il s'agit de produits pharmaceutiques.

Le procédé contraire, consistant à ne délivrer de reçus que pour les honoraires médicaux proprement dits, risquerait à notre avis de déterminer l'imposition de chaque catégorie de recettes à des cédules différentes.

Assurances sociales. — Les honoraires médicaux reçus des assurés sociaux doivent également faire l'objet de la délivrance d'un reçu.

Toutefois, nous rappelons qu'en vertu de la décision prise par le ministre de la Santé publique, ni les assurés, ni les Caisses ne peuvent exiger la mention sur les feuilles maladie-maternité, des honoraires perçus. Sur ce point, le Corps médical a obtenu gain de cause.

B. M.

MÉDECINS ÉTRANGERS

Application de la loi du 22 Novembre 1941. Circulaire du Secrétaire d'État à la Santé du 5 Février 1942

A Messieurs les Préfets,

J'ai l'honneur d'appeler tout spécialement votre attention sur la loi du 22 novembre 1941, parue au *Journal officiel* du 29 novembre et qui remplace la loi du 16 août 1940 sur l'exercice des professions médicales par les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens d'origine étrangère.

En application de la loi du 26 mai 1941, ces dispositions s'appliquent également aux sages-femmes.

Si le nouveau texte conserve le principe général posé par la loi du 16 août 1940, une disposition très importante le distingue du précédent.

Désormais, les dérogations à la loi seront accordées suivant deux procédures et à deux chefs très différents :

Elles sont acquises *de droit* à tout praticien qui, *possédant la nationalité française*, remplit l'une des conditions définies à l'article 2.

Elles peuvent être accordées *à titre exceptionnel*, sur l'avis d'une Commission supérieure de contrôle, à tout postulant qui ne pourrait se prévaloir d'aucune de ces conditions (articles 3 et 5).

La présente Circulaire a pour but de définir le rôle qui, dans chacun de ces deux cas, incombera aux Préfets et aux organismes professionnels.

I

Ce rôle sera particulièrement important dans l'application aux intéressés des dispositions de l'article 2, paragraphe 3, car il y aura lieu d'apprécier, à l'aide des documents fournis par eux, le bien fondé de leurs prétentions.

C'est au moment où ces praticiens se présenteront selon le cas, soit devant le Conseil de l'Ordre pour leur inscription au Tableau, soit devant la Chambre départementale des pharmaciens qu'ils devront fournir les justifications prévues audit paragraphe.

Toutes les fois que l'intéressé présentera une justification irréfutable, telle que la Carte de combattant de la guerre 1914-1918, valable pour la période de cinq ans en cours, il pourra être inscrit sans discussion au Tableau, réserve faite de la question de moralité.

Toutes les fois, au contraire, où un cas douteux se présentera, le Conseil de l'Ordre s'adressera à vous pour une enquête et avis auprès de l'autorité militaire. Il pourra néanmoins, d'accord avec vous, inscrire provisoirement le praticien à son Tableau en attendant la fin de l'enquête.

Je crois devoir vous rappeler que seuls comptent les services militaires dans l'*armée française*.

Pour les services militaires de la guerre 1939-1940, dans une *armée française*, la qualité de combattant est définie par le décret du 27 décembre 1940. (*J. O.* du 24 janvier 1941) et celle d'unité combattante par l'Instruction du 16 mai 1941, parue au *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre, édition chronologique, partie permanente, nº 21 du 2 juin 1941, page 742.

D'autre part, les numéros suivants de ce *Bulletin officiel*, à savoir nºs 35, 36 du 15 septembre 1941 ; nº 43 du 3 novembre 1941 ; nº 46 du 24 novembre 1941 ; nº 53 ; ont donné des listes encore incomplètes de ces unités combattantes.

En tout état de cause, c'est le Conseil de l'Ordre qui statuera en dernier ressort.

Il va de soi que vous statuerez directement en ce qui concerne les sages-femmes.

Les intéressés qui seraient déboutés au titre de l'article 2 pourront néanmoins, s'ils ont des titres exceptionnels, se réclamer éventuellement de l'article 3.

Pour pouvoir bénéficier du paragraphe 2, les protégés et administrés français, originaires de Protectorats ou pays sous mandat, savoir : Maroc, Tunisie, Syrie, Liban, protectorats d'Indochine, Cameroun et Togo, devront faire la preuve qu'ils possèdent bien la nationalité française. Je crois devoir insister sur le fait que ne sauraient se prévaloir du titre de protégés ou d'administrés français, que les ressortissants originaires de pays relevant des secrétariats d'Etat aux Colonies ou aux Affaires étrangères. Ne sauraient obtenir de dérogations de droit, ceux qui, en pays étranger, bénéficieraient simplement d'une protection consulaire.

J'attire enfin spécialement votre attention sur le fait, que la Commission de révision des naturalisations ayant prononcé la déchéance d'un certain nombre de praticiens auxquels la naturalisation avait été accordée avant la guerre, il y a lieu d'observer la plus grande prudence dans l'enregistrement des diplômes au titre de l'article 2.

Les dossiers précédemment constitués par les intéressés qui se prévaudront de l'article 2 vous seront envoyés sur la demande du Conseil de l'Ordre.

II

Peuvent être, d'autre part, autorisés à titre exceptionnel, après avis de la Commission supérieure de contrôle, les Français nés de père non français à leur naissance (article 3), ainsi que les étrangers, couverts ou non par des conventions diplomatiques (art. 5).

Aucun praticien étranger ne sera admis à solliciter le bénéfice de ces dispositions s'il n'a déposé sa demande avant le 7 juin 1941. Cependant, j'insiste sur le fait que les médecins auxquels la loi du 22 novembre 1941 est applicable, et qui seraient actuellement prisonniers de guerre, devront continuer à bénéficier de la mesure antérieurement prise à leur égard par la loi du 16 août 1940, en ce sens qu'un délai de deux mois à dater de leur libération, leur sera accordé pour déposer leur demande.

Ces dispositions vont vraisemblablement amener nombre de praticiens interdits à formuler une nouvelle demande de dérogation. Vous voudrez bien les inviter à bien préciser sur quel article de la loi (3 ou 5) ils appuient leur requête et, en outre, pour hâter l'étude de leur dossier, les prier de se borner à un simple exposé de motifs toutes les fois que les pièces justificatives de leurs déclarations se trouveront déjà au dossier précédemment constitué.

Vous voudrez bien provoquer, sur la demande de chacun des intéressés, l'avis selon le cas, du Conseil départemental de l'Ordre, du Conseil de la Chambre départementale des pharmaciens, du Syndicat des sages-femmes.

Cet avis ne devra être motivé que par des considérations d'ordre technique et déontologique et s'attacher à préciser la nature et la gravité des faits incriminés s'il y a lieu. Vous voudrez bien demander au Conseil départemental de l'Ordre et à celui de la Chambre départementale des pharmaciens, d'émettre leurs avis dans un délai de quinze jours afin de hâter, dans toute la mesure du possible, la liquidation des nombreuses demandes qui me sont soumises. Passé ce délai, ces Conseils seront réputés ne pas faire obstacle à l'admission éventuelle du postulant au bénéfice de la loi du 22 novembre 1941.

Pour faciliter la tâche de ces Conseils, vous vous attacher z à grouper autant que possible les demandes d'avis.

Je vous demande instamment de me transmettre ces demandes en les accompagnant d'un avis *très motivé* et en vous attachant s'il y a lieu, à faire ressortir tous les titres que peut présenter le pétitionnaire à l'octroi d'une dérogation exceptionnelle. Vous n'êtes plus limité, en effet, maintenant, par un texte strict ne laissant la possibilité d'un avis favorable que pour deux ordres de faits bien déterminés.

Le dossier complet me sera transmis par l'intermédiaire du Directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

Un cas spécial se pose, c'est celui des praticiens pour lesquels une décision a déjà été prise en application de la loi du 16 août 1940.

1° Bénéficiaires du décret du 1er octobre 1941, paru au *Journal officiel* du 29 octobre 1941.

Pour ceux de cette catégorie qui sont Français, le bénéfice de l'autorisation leur est acquis définitivement. Quant à ceux qui sont étrangers, une révision ne pourrait être que tout à fait exceptionnelle et l'initiative n'en pourrait venir que de mon département ;

2° Praticiens auxquels l'exercice de leur profession a été interdit par application de la loi du 16 août 1940.

Leur situation *restera inchangée jusqu'à nouvelle décision* prise en application de l'article 4 de la nouvelle loi, pour ceux qui décideront d'en demander le bénéfice. Dans cette dernière hypothèse, l'accusé de réception délivré par mon Administration ne donnera, en aucun cas, le droit d'exercer à nouveau.

Seuls continueront à être valables :

1° Les sursis éventuellement accordés ;

2° Les suspensions aux arrêtés d'interdiction ;

3° Les autorisations provisoires délivrées en application de la loi du 16 août 1940, pour ceux des praticiens dont les dossiers n'ont pas encore pu être examinés.

Enfin, pour préciser le sens général de la loi du 22 novembre 1941, il convient de considérer que les dérogations ainsi accordées, tant de droit, que par arrêté sur la proposition de la Commission supérieure de contrôle, n'ont d'autre effet que de replacer les praticiens en cause *dans la situation des Français d'origine.*

Cette dérogation ne saurait donc les dispenser en aucun cas de l'obligation de satisfaire à *toutes les autres lois,* en particulier à celle concernant l'inscription du Tableau de l'Ordre, auxquelles est soumis tout Français qui désire exercer les professions médicales.

Au cas où le Conseil départemental de l'Ordre, pour des raisons graves de moralité professionnelle, refuserait l'inscription à un praticien qui, sur l'avis de la Commission supérieure de contrôle, aurait obtenu précédemment une dérogation, cette situation ne saurait être considérée comme ouvrant un conflit entre l'Administration et les organismes professionnels, dont les compétences respectives s'exercent dans des domaines distincts.

C'est à l'intéressé bénéficiaire d'une dérogation qu'il appartiendrait le cas échéant, en ce qui concerne l'inscription au Tableau de l'Ordre, d'user des voies de recours prévues à l'article 9 de la loi du 7 octobre 1940, instituant l'Ordre des médecins.

Je me permets enfin d'attirer particulièrement votre attention sur l'importance que j'attache à ce que la question des praticiens étrangers soit, à la faveur de ce texte nouveau, rapidement résolue.

Je vous serais en conséquence obligé de faire toute diligence, tant dans l'établissement des demandes, que dans la transmission des dossiers et de ne pas perdre de vue que le souci de l'intérêt même des postulants doit conduire à les fixer rapidement sur leur situation.

C'est dans ce but que je vous prie de les prévenir par les journaux locaux en leur donnant un délai d'un mois pour qu'ils présentent leur demande.

Pour le Secrétaire d'Etat et par délégation, le Secrétaire général :

Signé : AUBLANT.

HYGIÈNE PUBLIQUE

VERS UNE CLASSIFICATION DES STATIONS CLIMATIQUES

Dans le long effort de relèvement qui s'impose à la France, ses stations climatiques, tout comme ses stations thermales, auront, sans aucun doute possible, leur rôle à jouer. La partie sera trop serrée, l'enjeu trop vital pour qu'il nous soit permis de négliger le plus petit atout. Et ces deux atouts là ne sont pas petits ! La France n'est pas seulement, aux yeux de l'étranger, la patrie de Corneille, de Pasteur, de Delacroix ou de Saint-Vincent-de-Paul. Elle est aussi le pays aux sources salutaires, aux montagnes prestigieuses, aux côtes déployées sous des climats infiniment variés. A l'heure de la paix, tous ces dons naturels devront être en mesure d'exercer leur séduction pour faire revivre le tourisme et ramener chez nous un peu des richesses qui ne savent aujourd'hui où s'employer : nous en aurons grand besoin.

Or le décret du 3 avril 1941 portant « création d'un Comité d'organisation de l'industrie du Thermalisme et nomination des membres de ce Comité » est muet au sujet du Climatisme. Même il serait question de supprimer ce qualificatif de « climatique » et de détacher les stations du secrétariat d'Etat à la Santé.

Il faut donc louer le Docteur Saint-Martin, de Carnac-Plage, qui, dans un article récent de la *Presse Thermale et Climatique*, s'efforce d'attirer l'attention sur le Climatisme français en danger d'être délaissé, et particulièrement sur le climatisme maritime, section plus confuse et inorganisée encore que les autres.

Il est piquant de constater que, sur les 73 stations climatiques échelonnées le long de notre littoral, 66 ont des syndicats d'initiative, 56 des casinos, 27 portent en grand titre, dans leurs notices de l'*Annuaire officiel* des Essi, 1939, la mention « Station climatique », 10 la notent en petits caractères dans le texte et 36, soit la moitié, n'en font aucune mention.

Il leur a pourtant fallu, à toutes, pour obtenir cette dénomination dont une moitié fait fi, demander leur classement. Pourquoi donc l'ont-elles demandé ? Simplement afin de jouir des avantages concédés aux stations climatiques : percevoir la taxe de séjour et, grâce à ces subsides, perfectionner leur équipement, notamment s'approvisionner d'eau potable ; et puis, et surtout, être autorisées à ouvrir un établissement de jeux (loi du 15 juin 1907) attrait particulier pour la clientèle riche, source de profits considérables.

Mais le classement comportait des obligations énoncées par le paragraphe 3 de l'article 1er de la loi du 24 septembre 1919 en ces termes :

« La création de l'une des stations ci-dessus a pour objet de *faciliter le traitement des indigents* et de favoriser la fréquentation de la station et son développement par des travaux d'assainissement ou d'embellissement ».

Beaucoup de stations ont pris dans la loi ce qui leur était profitable et oublié les devoirs qu'elles avaient ainsi contractés : « *faciliter le traitement des indigents et des familles comprenant trois enfants et plus par des mesures telles que gratuité ou réduction des prix des soins médicaux ou autres ; institution de maisons de repos, logements à prix réduits.*

De ces textes, il ressort à l'évidence que la station climatique a un caractère essentiellement médical ; elle dépendait du reste du ministère de la Santé publique, alors que la station de tourisme dépendait du ministère des Travaux publics.

***

La station climatique offre les avantages de son climat. D'où son nom.

Et, de ce climat, les divers éléments, d'origine tellurique, cosmique, atmosphérique, influencent l'organisme sain ou malade. C'est dire que le climatisme peut être utilisé soit pour maintenir, soit pour rétablir la santé.

A côté des individus sains et ne venant guère chercher qu'un repos et un changement d'air, ou malades et demandant au climat un élément thérapeutique irremplaçable (altitude pour les tuberculeux pulmonaires, littoral pour les osseux, ganglionnaires et lymphatiques de toutes sortes), on a, depuis quelques années, pensé à faire place à des collectivités ; c'est ainsi qu'ont vu le jour les colonies de vacances, les camps climatiques.

***

Le climat marin étant à la fois le plus riche en éléments divers et, en France du moins, celui qui présente la gamme la plus étendue, il y a lieu d'étudier la classification médico-administrative des stations du littoral de façon à codifier et réglementer avec méthode le climatisme maritime.

Une question de terminologie est tout d'abord à préciser :

Si l'on entend par stations *maritimes* toutes celles qui bordent le littoral sans exception, le terme de « *balnéaires* » désignera celles où le bain de mer froid constitue un élément important de l'attrait de la station, c'est-à-dire comprenant une ou plusieurs plages et une organisation comportant : cabines, surveillance des bains, engins de sauvetage, etc.

Les stations maritimes ou balnéaires DE TOURISME offrent aux visiteurs un ensemble de curiosités naturelles ou artistiques. Elles perçoivent une taxe de séjour destinée à améliorer leur équipement (voirie, eau, égoûts, etc.), et à embellir leur territoire.

Les stations maritimes climatiques DE VILLÉGIATURE. Ce terme implique une étude des caractères particuliers de leur micro-climat local de façon à s'offrir au climatisme préventif. Mêmes dispositions que les précédentes concernant la perception et l'utilisation de la taxe de séjour.

Les stations maritimes climatiques DE SANTÉ. Ce sont celles qui répondent effectivement à l'esprit et à la lettre de la loi du 24 septembre 1919 dont la définition « les stations qui offrent aux malades les avantages de leur climat » peut être remplacée par celle-ci « Une station climatique est celle qui offre au villégiateur un micro-climat dont les divers éléments ayant une action sur le maintien ou le rétablissement de sa santé, peuvent être utilisés dans ce but grâce à une organisation administrative, urbaine, hygiénique, médicale et sociale appropriée » (travaux d'urbanisme, établissements de bains et de cures hélio-marines, organisation hôtelière, distractions, lutte contre le bruit, installation d'un bureau d'hygiène, abattoirs, périmètre de protection contre les établissements insalubres.)

Les stations maritimes climatiques DE CURE. Ce terme a été introduit dans la loi du 1er septembre 1936 « concernant les modalités d'installations de sanatoria et le contrôle sanitaire des locaux d'habitation dans les stations climatiques de cure pour tuberculeux ».

Aucune station maritime n'a été classée dans cette catégorie. Le terme pourrait cependant être retenu soit pour certaines stations recevant des tuberculeux pulmonaires, comme Arcachon, soit pour celles qui reçoivent des tuberculeux extra-pulmonaires.

Ainsi le littoral français pourrait offrir un assortiment de stations aux buts divers, aux organisations dissemblables, aux ressources variées, où bien portants, fatigués et malades pourraient s'adresser en connaissance de cause.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE

Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

Société Médicale Mutuelle d'Assurance et de Défense Professionnelles

« Le Sou Médical »

Au cours de sa réunion du 6 février 1942, le Conseil a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs :

6.911 ARGELLIES (René), Perpignan (Pyrénées-Orientales). Ordre des médecins.
6.912 ANDRIEU (Etienne), Hersin-Coupigny (Pas-de-Calais). Ordre des médecins.
6.913 AUDUREAU (Jules), fils, 38, rue de Bel-Air, Angers (Maine-et-Loire). Docteurs Jules Audureau et Victor Morinière.
4.958 BARTHÉLEMY (Jean), Saint-Julien-en-Jarez (Loire). Ordre des médecins.
6.914 BERGERON (Roland), Nemours (Seine-et-Marne). Ordre des médecins.
6.915 BOUCAUT (Maurice), 5, rue de Pithiviers, Angerville (Seine-et-Oise). Ordre des médecins.
6.027 BRÉVIERE (Valéry), 22, rue du Temple, Auchel (Pas-de-Calais). Ordre des médecins.
6.916 BRUNEAU DE LA SALLE (Jacques), 25, rue Jean-Romain, Caen (Calvados). Ordre des médecins.
3.911 CANY (Germain), avenue du Maréchal-Pétain, Vatan (Indre). Ordre des médecins.
4.957 CARON (André), Vitrey-sur-Mance (Haute-Saône). Ordre des médecins.
6.986 CATTEAU (André), Hénin-Liétard (Pas-de-Calais. Ordre des médecins.
6.917 CHAMPAGNE (Raymond), 12 *bis*, rue des Brasseries, Chalons-sur-Marne (Marne). Docteur Priollet, Ordre des médecins.
4.942 CORTEEL (Paul), 13 *ter* A, rue des Longs-Prés, Boulogne-Billancourt (Seine). Ordre des médecins.
6.918 DAGUET (Jean-Louis), 40, rue de Belfort, Besançon (Doubs). Ordre des médecins.
6.919 DEBAILLEUL (René), rue Florent-Evrard, Ostricourt (Nord). Ordre des médecins.
1.809 DE BATZ (Pierre), Savignie, par Beauvais (Oise). Docteurs Largeteau et Cluzel.
6.985 DEMAREZ (René), Lille (Nord).
6.920 DUBOIS (Antoine), Avenue Victor-Hugo, Antony (Seine). Ordre des médecins.
5.413 DUBOURG (G.), 26, Allées Damour, Bordeaux (Gironde). Ordre des médecins.
3.911 DUROUSSEAU-DUGONTIER (Roger), Montbron (Charente). Ordre des médecins.
6.922 ESCOLLE (Louis), Puget-sur-Argens (Var). Ordre des médecins.
6.923 FAU (Joseph), Conques (Aveyron). Docteur Maynadier, Ordre des médecins.
6.924 FAUVEL (Etienne), 9, rue Geoffroy-Herbert, Coutances (Manche). Ordre des médecins.
2.166 FERRAUD (Paul), 3, avenue Edouard-Branly, Saint-Junien (Haute-Vienne). Ordre des médecins.
6.925 FLEURANT (André), Langoiran (Gironde). Ordre des médecins.
6.926 FOURNIAL (Jean-Charles), Mer (Calvados). Ordre des médecins.
6.927 FRESNEL (Pierre-Louis), 1, rue de la Capelle, Hirson (Aisne). Docteurs Triqueneaux et Bodson.
6.928 FUMOUX, 9, rue Anatole-France, Roanne (Loire). Ordre des médecins.
2.114 GOYAU (Robert), Saint-Médard-de-Guizières (Gironde). Ordre des médecins.

6.929 HAGUIER (P.), 37, boulevard Faidherbe, Eu (Seine-Inférieure). Ordre des médecins.
6.930 LACAILLE (Adrien), 45, rue Henri-Pauquet, Creil (Oise). Ordre des médecins.
6.984 LE BARS (Louis), Corbeil (Seine-et-Oise).
6.931 LEMÉE (Jacques), Sabres (Landes).
6.932 LE MOUAL (Jean), Ploëmeur (Morbihan). Ordre des médecins.
6.933 LETRÉSOR (André), 15, rue du Général-Dagobert, Saint-Lô (Manche). Ordre des médecins.
2.517 MACKE (Jules), 463, rue de Tourcoing, Mouvaux (Nord).
6.934 MAIRESSE (Claude), 16, rue des Capucins, Saint-Quentin (Aisne). Docteur Marcel Mairesse, Ordre des médecins.
6.935 MANDILLON (Gabriel), 14, rue de la Benatte, Bordeaux (Gironde). Ordre des médecins.
6.026 MARTIN (Hubert), Briey (Meurthe-et-Moselle).
1.912 MARTIN-JUVAUX (Marie-Louise), 61, avenue Galliéni, Villemonble (Seine). Docteurs Rœser et Legendre.
6.936 MASSOTTE (Jean), Khouribga (Maroc). Docteurs Lépinay et Becmeur.
2.167 PASCOU (P.), 1, rue Saint-Thomas-d'Aquin, Avignon (Vaucluse).
6.937 PÉLICIER (Albert), 6, rue G.-Clemenceau, Vitry-sur-Seine (Seine). Ordre des médecins.
6.938 PEYNE (G.), 18, rue Berlioz, Nice (Alpes-Maritimes).
6.939 PHILIPPE (A.), 37, rue Corteron, Saint-Lô (Manche). Ordre des médecins.
6.940 POIROT (René), Diarvillé (Meurthe-et-Moselle) Ordre des médecins.
6.941 POLLET (Henry), 36, rue Bernos, Lille (Nord). Ordre des médecins.
6.942 POZZI (Henri), 10, rue de la Réunion, Ermont (Seine-et-Oise).
6.983 RAGLOT (Henri), Le Maulieu (Loir-et-Cher).
6.943 ROUGERIE (Jean), 10, rue de l'Ermitage, Montmorency (Seine-et-Oise). Ordre des médecins.
6.944 ROY (Georges), 26, rue de l'Hôtel-de-Ville, Jarnac (Charente). Docteurs Rudelle et Lescuras.
6.945 THAN (N.), 11, rue Manin, Paris (XIXe).
6.946 VERGUES (Maurice), 6, rue de Verdun, Carcassonne (Aude). Ordre des médecins.
6.947 VÉRON (Georges), Thury (Yonne).
6.948 VESVAL (Yves), 18, rue des Juifs, Granville (Manche). Ordre des médecins.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Cumul

Loi du 3 février 1942 relative au cumul de retraites et de rémunérations publiques

Art. 1er. — A compter du 1er février 1942 et jusqu'à une date qui sera déterminée par décret, les collectivités visées à l'article 1er du décret du 29 octobre 1936 sont autorisées, nonobstant toutes dispositions contraires, à faire appel au concours d'anciens fonctionnaires civils ou militaires titulaires de pensions.

Art. 2. — A compter du 1er février 1942, toutes dispositions législatives ou réglementaires concernant le cumul d'une pension avec un traitement ou une solde d'activité sont remplacées par les suivantes :

Les titulaires de pensions de veuves, de pensions mixtes attribuées en vertu de l'article 59 de la loi du 31 mars 1919 ou de pensions proportionnelles de sous-officiers, peuvent cumuler intégralement le montant de leur pension avec celui des émoluments correspondant à l'emploi qui leur est confié.

Les pensions autres que celles visées à l'alinéa précédent se cumulent avec un traitement ou une solde dans la limite, soit du dernier traitement ou de la dernière solde d'activité, soit du traitement ou de la solde afférente au nouvel emploi, si cette rémunération excède le dernier traitement ou la dernière solde d'activité. Aucune restriction n'est apportée au cumul lorsque le total de la pension et du traitement n'excède pas 25.000 francs par an.

Art. 3. — Les fonctionnaires civils ou militaires qui ont été mis à la retraite parce qu'ils ont atteint la limite d'âge et qui occupent un nouvel emploi ne peuvent acquérir de nouveaux droits à pension.

(*J. O.*, 4 février 1942).

Inspection de la Santé

Par arrêtés en date du 4 février 1942 :

M. le Docteur Mathieu, médecin inspecteur de la Santé de l'Allier, est nommé médecin inspecteur de la Santé de Saône-et-Loire.

M. le Docteur Leconte, médecin inspecteur de la Santé des Hautes-Alpes, est nommé médecin inspecteur de la Santé de l'Allier.

M. le Docteur Deschamps, médecin inspecteur de la Santé d'Eure-et-Loir, est nommé médecin inspecteur de la Santé des Hautes-Alpes.

M. le Docteur Basse, médecin inspecteur de la Santé de Seine-et-Oise, est nommé médecin inspecteur de la Santé d'Eure-et-Loir.

M. le Docteur Altenbach, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-et-Oise, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de Seine-et-Oise.

M. le Docteur Dainville de La Tournelle, médecin inspecteur adjoint de la Santé d'Eure-et-Loir, est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé de Seine-Inférieure.

Par arrêtés en date du 4 février 1942 :

L'arrêté du 21 octobre 1941 chargeant M. le Docteur Porte des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de Saône-et-Loire est rapporté.

L'arrêté du 24 décembre 1941 fixant la résidence de M. le Docteur Imbert, médecin inspecteur adjoint de la Santé de Saône-et-Loire à Autun, est rapporté.

L'arrêté du 2 décembre 1941 affectant M. le Docteur Lambolez, médecin inspecteur adjoint de la Santé de l'Aisne, est rapporté.

(*J. O.*, 6 février 1942).

Inspection du travail

Décret du 4 février 1942 fixant les conditions de désignation et la rémunération des médecins inspecteurs généraux et des médecins inspecteurs et inspectrices du travail.

TITRE Ier

Médecins inspecteurs généraux du travail

Art. 1er. — Les médecins inspecteurs généraux du travail prévus par la loi du 31 octobre 1941, relative à la protection médicale du travail, sont recrutés par voie d'engagement contractuel.

Art. 2. — L'engagement des médecins inspecteurs généraux est prononcé par le secrétaire d'Etat au Travail après accord du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, sur présentation des candidats par une Commission comprenant :

Le secrétaire général du Travail et de la Main-d'œuvre, président ;
Le directeur du cabinet ;
Le directeur de l'Administration générale et du personnel ;
Le directeur du travail ;
Le directeur de l'organisation sociale ;
Le directeur adjoint chargé de la direction des services de l'inspection du travail, au secrétariat d'Etat au Travail.
Le secrétaire général de la Santé.
Le directeur de la Santé, au secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé,
Le président et un membre de la section d'hygiène industrielle et de médecine du Travail du Comité consultatif d'hygiène de France, désigné par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 3. — L'engagement des médecins inspecteurs généraux du Travail est fait, en principe, pour une durée indéterminée, sauf le cas de licenciement par mesure disciplinaire, chacune des parties peut résilier le contrat moyennant un préavis de trois mois. Toutefois, le contrat est résilié de plein droit quand l'intéressé a atteint l'âge de soixante-cinq ans.

Art. 4. — Il est attribué aux médecins inspecteurs généraux, compte tenu des titres et services antérieurs de chacun d'eux, une allocation annuelle dans la limite d'un maximum de 100.000 francs, sans toutefois que l'allocation moyenne puisse excéder 80.000 francs.

Cette allocation n'est pas soumise aux retenues pour le service des pensions civiles et est exclusive de toutes indemnités y compris le supplément provisoire de traitement et l'indemnité de résidence, à l'exception de celles prévues à l'article 7 du présent décret et éventuellement des allocations familiales.

Art. 5. — Les médecins inspecteurs généraux du Travail peuvent, après avoir été entendus, être relevés de leurs fonctions par mesure disciplinaire et sans autres formalités. Dans ce cas, le contrat se trouve résilié sans que l'intéressé puisse prétendre à une indemnité de préavis.

Art. 6. — Les médecins inspecteurs généraux du Travail peuvent, après un an de présence, bénéficier, le cas échéant, de congés de maladie dans la limite annuelle de trois mois à traitement entier, et de trois mois à demi-traitement.

Art. 7. — Les médecins inspecteurs généraux du Travail sont classés, pour le remboursement des frais de tournées ou de missions, dans le groupe I des services extérieurs mentionnés à l'article 1er du décret du 30 septembre 1934 modifié, relatif aux indemnités pour frais de missions et de tournées allouées aux fonctionnaires et agents du secrétariat d'Etat au Travail.

TITRE II

Médecins inspecteurs et inspectrices du Travail

Art. 8. — Les médecins inspecteurs et inspectrices du Travail, prévus par la loi du 31 octobre 1941, relative à la protection médicale du Travail, sont spécialement désignés pour remplir, en dehors de leur activité professionnelle habituelle, des missions de caractère temporaire qui peuvent leur être confiées par le secrétaire d'Etat au Travail.

Art. 9. — Les médecins inspecteurs et inspectrice

du Travail sont désignés par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail, sur présentation des candidats par des Commissions régionales présidées par le médecin inspecteur général du Travail dans la circonscription duquel se trouve la région, et comprenant en outre :

L'inspecteur divisionnaire ;

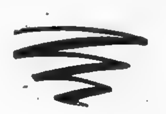
Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance ;

Un membre de la section d'hygiène industrielle et de médecine du Travail du Comité consultatif d'hygiène de France, désigné par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

Art. 10. — Les médecins inspecteurs et inspectrices du Travail sont rémunérés à l'occasion de chacune des missions qui leur sont confiées au moyen de vacations dont le montant est fixé à 50 francs. Le nombre de vacations afférent à chaque mission est déterminé, compte tenu de l'importance des travaux auxquels cette mission a donné lieu de la part des intéressés, sans toutefois que le nombre de vacations par jour de mission effective puisse excéder quatre.

En outre, les intéressés ont droit au remboursement de leurs frais de tournées ou de missions. A cet effet, ils sont classés dans le groupe 11 des services extérieurs mentionnés à l'article 1er du décret du 30 septembre 1934 modifié, relatif aux indemnités pour frais de missions et de tournées allouées aux fonctionnaires et agents du secrétariat d'Etat au Travail.

(*J. O.*, du 6 février 1942).



& ÉCHOS COMMENTAIRES

AUGMENTATION DU TARIF D'A. M. G. APPLICABLE A LA RÉGION PARISIENNE. — L'ACTE DE DÉCÈS DE LA CAISSE « INTER ». — FIXATION DU MODE D'ÉLECTION AUX CONSEILS DE L'ORDRE DES ARCHITECTES. — DÉCLARATION FISCALE. — LES NOUVEAUX MEMBRES DES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX. — UN CRI D'ALARME DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE. — RECENSEMENT DES STOMATOLOGISTES ET DES CHIRURGIENS-DENTISTES.

A la demande du Conseil de l'Ordre du département de la Seine, l'administration préfectorale a décidé aux termes d'un arrêté du 23 décembre 1941 un réhaussement important du tarif de l'Assistance médicale gratuite applicable à la banlieue parisienne à l'exclusion de la ville de Paris, des communes de Saint-Denis, Pantin et Aubervilliers qui ont un régime spécial pour le moment inchangé.

La consultation au cabinet, passe de	10 à 20 fr.
La visite à domicile de	15 à 30 fr.
Visite initiale du dimanche	40 fr.
Visite de nuit	60 fr.

Les actes chirurgicaux de nuit, sont majorés de 50 % avec minimum de 60 francs.

Sont remboursés sur la base d'une visite à 30 francs, les actes suivants, qu'ils soient faits au cabinet du médecin ou au domicile du malade : Incision d'abcès, suture, injection de plus de 30 c. c., piqûre intra-veineuse, pansements de brûlures étendues, prise de sang, cathétérisme, lavage de vessie.

Accouchement par médecin..	500 au lieu de 300 fr.
Accouchement par sage-femme	400 au lieu de 200 fr.
Accouchement gémellaire par médecin	600 fr.
Accouchement gémellaire par sage-femme	500 fr.
Forceps, version...........	250 fr.
Délivrance artificielle, périnéorraphie	150 fr.

(les visites ou consultations qui précèdent ou qui suivent l'accouchement sont comptées séparément).

Ponction d'ascite, thoracentèse.	60 fr.
Ponction d'abcès à froid.......	40 fr.
Ponction lombaire	50 fr.
Anesthésie générale par médecin	100 fr.
Ponction hydrocèle	40 fr.

Ces nouveaux tarifs entrent en vigueur au 1er octobre 1941. Les mémoires du dernier trimestre 1941, vont donc bénéficier de l'augmentation.

En contre partie l'Administration préfectorale a décidé d'accord avec l'Ordre, qu'un contrôle plus sévère serait institué en vue de déceler les abus.

Toutes nos félicitations au Conseil de l'Ordre du département de la Seine pour le succès qu'il a obtenu. Aux autres Conseils départementaux de suivre son exemple.

***

De toutes les caisses d'Assurances sociales de France, la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise était peut être celle où se manifestaient sous leur forme la plus excessive, tous les défauts des organismes de ce genre.

Il s'agissait en effet d'un véritable monstre groupant des millions d'assurés, des centaines de millions de recettes, et cette monstruosité même ne pouvait que la conduire à l'abus de pouvoir.

Nous accueillons donc avec une particulière satisfaction la loi du 6 février qui vient scinder la trop fameuse Caisse « inter » en deux ou plusieurs caisses de dimensions plus normales.

On a parlé, à propos des trusts, de la « taille optimum des affaires ». Il y avait aussi des trusts en matière d'Assurances sociales. Nous ne pleurerons pas leur décès.

***

Des règles fixant les conditions d'élection des membres des Conseils de l'Ordre des architectes viennent d'être déterminées par un règlement d'administration publique du 3 février dernier.

Ce texte précise que les pouvoirs des membres actuels, nommés par le gouvernement, viendront automatiquement à expiration six mois après la date légale de cessation des hostilités et au plus tôt le 31 décembre 1942 pour les Conseils régionaux, et un an après la même date et au plus tôt le 31 décembre 1943 pour le Conseil supérieur.

Les membres des Conseils régionaux seront élus au scrutin secret et par bulletin de liste, par les architectes inscrits au tableau de la région.

Les membres du Conseil supérieur seront élus de la même manière par les membres des Conseils régionaux, auxquels viendront s'adjoindre un certain nombre d'électeurs désignés.

Est éligible tout architecte membre de l'Ordre depuis plus de dix ans pour les Conseils régionaux, et depuis plus de quinze ans pour le Conseil supérieur.

Est inéligible pendant une durée de six ans, tout architecte ayant fait l'objet d'un blâme en Chambre du Conseil ou d'un avertissement avec inscription au tableau.

Est inéligible à vie tout architecte suspendu de ses fonctions.

L'analyse de ces différentes dispositions nous a paru intéressante, car il est vraisemblable que le Conseil d'Etat, qui est en train d'élaborer un règlement semblable pour l'Ordre des médecins, s'inspirera de ses premiers travaux.

***

Nous rappelons à nos lecteurs qu'en vertu de l'art. 123 du Code des Impôts directs, modifié par la loi du 13 janvier 1941, les déclarations fiscales doivent être faites, non plus avant le 28 février, mais *avant le* 31 *mars de chaque année.*

***

Voici, à la suite des nouvelles nominations, la composition actuelle des Conseils de l'Ordre dans les départements suivants :

Allier : Docteurs Paul DUFOURT, *Président*, Maurice TABUTIN, Albert PERRIN, Marcel DESSERT, Georges HUGUET, Henry WALTER, RIGONDET, LOUGNON.

Alpes-Maritimes : Docteurs Ch. FIGUIERA, *Président*, Henri BARILLET, BOURGEOIS-GAVARDIN, CARCOPINO, COLOMBAN, LAPOUGE (Jean), SENES (V.), COSSA (Paul), HOUSSIAUX (Pierre), BOULONNEIX (Eusèbe).

Calvados : Docteurs LECORNU (Pierre), *Président*, CAILLOUEH, GALLOT (Georges), SERRE, TOURAILLE, LE RASLE, CHAPERON.

Doubs : Docteurs Paul BAUFLE, *Président*, DUVERNOY, PETREQUIN, Victor ROBIN, Gaston TISSERAND, VOLMAT, GOMET, JACQUART.

Eure-et-Loir : Docteurs FAYOLLE, *Président*, Maurice FREDET, J.-P. CARLOTTI, Jean PAUCHARD, DUGUÉ, Em. TROUVÉ, BERARDIER, MORCHOISNE.

Hérault : Pr. EUZIÈRES, *Président*, Docteurs VIDAL, BILLET, LAPEYRIE, ORSSAUD, PICHERE, BOUDOURESQUE, MARGAROT, GUIRAUDEN, JAUMES.

Isère : Docteurs Albert BONNIOT, *Président*, Jean CORNELOUP, Georges ARNAUD, Ferdinand, SAPPEY, Maurice GERIN, Gaston BARBIER, PIAGET, CHAIX, PERRIEUX.

Manche : Docteurs Em. VIEL, *Président*

A. Valleteau de Mouillac, Edouard, Le Borgne, Etienne Fauvel, Charles Lefevre, Lecouillard, Oblin, Le Gendre.

Marne : Docteurs Georges Raillier, *Président*, Charles Baye, Philippe Chatelin, André Jacquinet, Jean Priollet, Vilde, Guenard, Bleirad, Pellot.

Meurthe-et-Moselle : Docteurs De Vezeaux de Lavergne, *Président*, Maurice Mutel, André Bodart, Paul Mariot, Rothan, Maurice Thomas, Pierre Corret, Gerbaut, Kunlin.

Nord : Professeur Legrand, *Président*, Docteurs Duhot, Emile Delannoy, Armand Laffineur, Léonce Lemaitre, Marcel Monnier, Victor Pluvinage, Pruvost (fils), Vanverts, Nayrac, Lepoutre, Looten, Roussel, Monnier, Six.

***

L'éducation physique, les sports trop longtemps délaissés en France sont maintenant inscrits à titre obligatoire dans les horaires de nos écoles et nos lycées. Mais le régime alimentaire actuel permet-il vraiment à la jeunesse de supporter sans dommage cette réforme ?

A cette question que les parents d'élèves se posent avec angoisse, l'Académie de médecine vient de répondre par un vœu adopté à l'unanimité, tendant à ce que le programme actuel d'éducation physique soit reporté à des jours meilleurs. En raison de la sous-alimentation quantitative et surtout qualitative des enfants, son application intégrale irait en effet à l'encontre du but recherché, car elle risquerait de nuire gravement à leur santé.

***

Par circulaire du 15 décembre 1941, le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé prescrit aux préfets d'effectuer le recensement : 1° des médecins-stomatologistes ; 2° des chirurgiens-dentistes, exerçant dans leurs départements.

Cette mesure a pour but de permettre l'application, dans le plus bref délai, de la loi du 17 novembre 1941 qui intègre à l'Ordre les praticiens de l'art dentaire.

Précisons à cette occasion que les médecins uniquement spécialisés dans les maladies de la bouche et des dents demeurent soumis à la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins ; ils sont inscrits au tableau de l'Ordre et ne relèvent que de la juridiction de ce dernier.

Les chirurgiens-dentistes, au contraire, sont inscrits à un tableau spécial et relèvent professionnellement et disciplinairement de la section dentaire, ou de l'assemblée constituée par la réunion du Conseil départemental de l'Ordre des médecins et de sa section dentaire.



CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

Assurances sociales

5.333. — Fracture de jambe. Soins par plusieurs médecins successivement

Une assurée sociale de P... se fait une fracture de jambe étant en vacances à la campagne en Haute-Marne (à neuf kilomètres de chez moi).

Je l'immobilise par un appareil plâtré, la revois deux jours après, et elle regagne son domicile à P...

Ai je le droit de porter sur sa feuille de maladie : 19 octobre K 20 ; 21 octobre K. 20 ; déplacements : 9 kil. × 2 ; 9 kil. × 2. bien que je ne puisse continuer à suivre cette malade, le K. 20 comportant tous les soins ?

Sinon, que faire ?

Dr D.

Réponse

Le K 20 que vous inscrivez sur la feuille de maladie de votre blessée est uniquement destiné au remboursement partiel des frais qu'elle aura déboursés pour soins reçus pour une fracture de jambe, et vingt jours consécutifs, que ces soins soient donnés par un ou plusieurs médecins.

Vous avez donc à écrire K 20 plus les déplacements que vous avez eu à effectuer.

Quant aux honoraires qui vous sont dus, ce sont ceux de la clientèle courante, en vertu de « l'entente directe » inscrite dans la loi. Votre blessée vous paiera donc ce que vous lui demanderez, raisonnablement ; puis à P... elle paiera les visites du confrère qui lui aura continué les soins ; mais celui-ci n'inscrira les visites pendant les vingt jours consécutifs que « pour mémoire » (et en le spécifiant), puis réellement après les vingt jours, et à titre remboursable (en partie toujours) par la Caisse à la blessée.

Dr F. DECOURT.

6232 a) Frais de déplacement b) « Délivrance naturelle » seule, sans l'accouchement

Permettez-moi de vous soumettre les deux cas suivants, qui me paraissent difficiles à résoudre :

1° Un confrère m'écrit pour me demander combien il doit compter pour deux visites de nuit à un hameau distant de 6 kilomètres de son pays ; à noter qu'au cours de la deuxième visite, il est resté trois heures auprès de la malade qu'il a dû d'ailleurs conduire de T. à A. (12 kilomètres) pour dystocie obstétricale.

2° Un autre confrère désirerait savoir combien il doit demander à sa cliente pour une délivrance naturelle, l'accouchement n'ayant pas été fait par lui.

Vous seriez très aimable de m'indiquer ce que les deux confrères sont en droit de réclamer à leurs clients respectifs et ce que la Caisse d'Assurances sociales doit rembourser aux assurés.

Dr X.

Réponse

1° Lorsque le médecin et le malade habitent deux agglomérations ou hameaux différents, situés sur le territoire d'une même commune (avec distance supérieure à 1 kilomètre), l'indemnité kilométrique est décomptée... « d'après le double de la distance qui sépare les deux domiciles considérés. » (Tarif de réassurance et frais de déplacement).

2° Il n'y a qu'à demander le prix ordinaire de clientèle ; l'assurée ayant accouché touchera la somme forfaitaire habituelle pour frais médicaux et pharmaceutiques ; qu'elle ait été accouchée par un ou plusieurs médecins, ou par une sage-femme, la somme qu'elle recevra est toujours la même (sauf majoration en cas de forceps, version, délivrance artificielle, etc.).

Dr F. Decourt.

QUESTIONS DIVERSES

6.027. — Indemnité de réquisition

Je suis propriétaire à X d'une villa meublée dont je me réserve l'usage, et qui est requise par l'autorité allemande, en totalité, depuis juin de cette année. Bien qu'elle ne soit occupée, paraît-il, que de temps en temps, c'est la Kommandantur qui seule en détient les clefs, et l'accès en est interdit.

Cette réquisition m'ouvre-t-elle des droits à une indemnité, égaux à ceux que confère l'occupation totale ?

Dans ce dernier cas, les règlements en vigueur prévoient une indemnité dont, en en faisant la demande, l'intéressé doit préciser le montant de celle qu'il prétend lui être due, basée sur la privation de jouissance et d'usage. Quelle somme puis-je normalement demander ?

D'autre part, ai-je le droit de demander un dégrèvement (et de quel ordre) pour :

1° La contribution foncière ;

2° La cote personnelle et mobilière ?

Dr N.

Réponse

La villa dont vous êtes propriétaire ayant été réquisitionnée vous avez droit à une indemnité.

Cette dernière en principe est égale à la valeur locative de la villa toute meublée.

Pour en obtenir le paiement, il faut que vous en fassiez la demande à la mairie, en y déposant le bon de réquisition qui a dû vous être délivré. La mairie transmettra à la préfecture, laquelle soumettra votre dossier à la Commission de taxation. Cette Commission vous indiquera le chiffre qu'elle vous propose, en vous stipulant que, dans le cas où vous ne l'accepteriez pas, vous avez la possibilité de présenter devant elle toutes observations que vous croiriez devoir faire.

Les indemnités de réquisition doivent, en principe, être payées tous les six mois.

En ce qui concerne le paiement des impôts propres à cette villa, vous pouvez, conformément aux dispositions du décret du 22 octobre 1940, obtenir, en en faisant la demande à votre contrôleur, l'imputation des contributions mobilière et foncière sur l'indemnité de réquisition qui vous sera par la suite versée.

Soixante-quatrième année — N° 9 — 1er Mars 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.

Elles doivent comporter une adresse.

Prix des insertions : 10 francs la ligne de 45 lettres ou signes (5 francs la ligne pour les abonnés au « Concours Médical »).

Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 74. — A céder cabinet médic. génér. à Marseille. Gr. rapport. Bonne clientèle payant compt., spécialement en consultation. Bail avantageux. État neuf des appartem. Prix demandé compt : 3/4 du chiffre de l'année, plus reprise légère. S'ad. à M. Paul Ribeyre, 5, r. A. Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 75. — Alpes-Mmes. A vendre pour raison de santé petite clinique de chirurgie et d'accouch. S'adr. à M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 76. — Région midi pour clientèle importante recherche associé ou remplaçant pour longue durée. Conviendr. jeune médec. ou réfugié. Ecr. à M. Paul Ribeyre, 5, rue A. Clément, Vals-les-Bains (Ardèche).

N° 77. — A vendre pour raison non emploi instruments chirurgie état neuf. Basiotribe Tarnier dernier modèle état neuf. Boîte d'essai ophtalmologie état neuf. Ecr. Dr Mouly, Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne).

N° 78. — Les laboratoires du Dr Roussel cherch. collaborateurs docteurs en médecine, 28-38 a., actif et sér., pr visiter région Normandie, Nord et Sud-Ouest. Situation stable et d'avenir. Envoyer *curriculum vitæ* au service de publicité, 97, rue de Vaugirard, Paris.

N° 79. — Important laboratoire parisien recherc pour Paris et régions Ouest-Nord-Est visiteur ayant déjà une représentation de maison connue. Sérieuses référ. exigées. S'adr. *Concours Médical*, 37, r. de Bellefond, Paris (IXe).

Cabinet BREITEL et GORET
1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Paris. — Méd. Gle, bon rendem. actuel, gros fixe transmissible. Prix 80.000 fr.

Banlieue Ouest. — Très anc. client. à céd. raisons de santé. Indemn. 80.000 fr. cpt.

Côte d'Azur. — Stat. climatique, très anc. client. gros rap. actuel. belle instal. Prix à déb.

Alpes-Maritimes. — Jolie stat. Client. agréable, rap. intéres. A céd. rapidem. 50.000 cpt avec meubles.

Sud-Est. — Gde ville. Méd. Gle. import. situation, plein centre ville, 9 p. Prix 140.000 fr.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	**120 francs**
Étudiants	**80 francs**
Le Numéro........	**4 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Renseignements

CANCER. — L'action puissamment antinévralgique du **Pyréthane**, donné aux doses de 40, 60, 80 gouttes, en eau bicarbonatée à renouveler, procure une sédation et permet de garder en main médicale l'emploi de la morphine, d'en diminuer la dose ou de l'espacer.

Lab. Camuset, 18, rue Ernest-Rousselle, Paris.

Le Chewing-gum français, c'est la tablette de **Mangaïne** qui nettoie la langue des fumeurs, rafraichit le pharynx et aseptise la muqueuse stomacale.

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

« LE CARNET A SOUCHES MEDICAL ». — Modèle spécialement établi conformément aux dispositions de la loi du 31 décembre 1941.

Le carnet de 100 reçus (en port dû).. 15 francs.
Les 10 carnets « « .. 135 francs.
Ecrire à M. Ollivon, 6, rue de Braque, Paris (IIIe)
Compte de chèques postaux, Paris 1082.39.

Adjudication Etude de Me Lépany, Notaire à Courbevoie, le 30 mars 1942, à 15 h.
PROPRIÉTÉ A PUTEAUX
(*Seine*), 30, *Rue Pasteur*. **Cont. 1046 m.**
Libre de location. M. à P. 250.000 fr.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Leçons inaugurales.* — Les leçons inaugurales des Professeurs Quénu, Portes et Cathala auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures : le mardi 10 mars (Professeur Quénu) ; le mardi 17 mars (Professeur Portes) ; le mercredi 25 mars (Professeur Cathala).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique ophtalmologique.* — M. le Professeur Velter fera en avril et mai 1942 une série de démonstrations de médecine opératoire de l'œil et de ses annexes avec répétitions individuelles. L'inscription des auditeurs est obligatoire.

— **Clinique médicale de l'hôpital Cochin.** (Professeur Harvier). — Une série de conférences sur les *Régimes alimentaires adaptés aux circonstances actuelles* aura lieu le jeudi de chaque semaine (à partir du 16 avril 1942) à 20 h. 30 à l'amphithéâtre de la clinique, avec la collaboration de MM. Carnot, Loeper, Gougerot, Chouard, De Gennes, Rachet, F. P. Merklen, M. Perrault, Froment.

Une annonce et des affiches ultérieures indiqueront le titre des sujets traités et la date de chacune des conférences.

Ces conférences seront libres et particulièrement destinées aux médecins praticiens.

— **Facultés de médecine.** — Sont nommés pro-

fesseurs sans chaire : MM. GIROUD et JOANNON, agrégés (Faculté de Paris) ; ABEL, agrégé (Faculté de Nancy) et POURSINES, agrégé (Faculté de Marseille).

— Institut de médecine légale et sociale de Lille. — — Enseignement de la médecine sociale et de la médecine du travail en vue du diplôme d'hygiène et de médecine sociale de l'Université de Lille : les cours commenceront le 3 mars 1942.

— Académie de médecine. — L'Académie de médecine, sollicitée par l'Union des fabricants de jus de raisin d'appuyer une campagne en faveur du remplacement du vin par le jus de raisin, a adopté les conclusions de la Commission des produits de remplacement, qui constate qu'il s'agit surtout d'un plan de propagande et qu'il n'y a pas lieu de donner un avis à ce sujet. Elle donne un avis défavorable à toute demande d'addition d'antiseptiques au jus de raisin en vue de sa conservation.

Revenant, d'autre part, sur la question des sports pendant la période des restrictions alimentaires, l'Académie, après rapport de M. Charles Richet, a voté un vœu sur la nécessité — jusqu'au moment où l'alimentation sera devenue normale — d'interdire toutes compétitions sportives publiques et toute manifestation de sport athlétique, de limiter à une heure au maximum par semaine le temps consacré dans les lycées, collèges et écoles civiles aux exercices physiques, exercices qui ne devront exiger qu'un effort modéré, et de rendre facultative la présence des élèves à ces exercices physiques.

— Hôpitaux d'Angers. — Ont été nommés, après concours, médecins-adjoints des hôpitaux d'Angers : MM. les Docteurs PERREAU et DELESTRE, anciens internes des hôpitaux de Paris.

— Prix Aurel. — Le prix Aurel pour 1941 a été décerné au Docteur Robert Morche, directeur de la *Revue des Indépendants*, pour son récent ouvrage *L'Art d'être heureux* et l'ensemble de son œuvre littéraire. Ce prix est dû à l'iniative d'Aurel et à la générosité du regretté Alfred Mortier qui, élevé à Nice, a, en outre, laissé un prix biennal de 7.000 francs pour les auteurs dramatiques.

— Naissances. — Nous apprenons la naissance de Françoise DELORD, septième enfant du Docteur E. Delord, Chevalier de la Légion d'honneur, Médaille militaire, Croix de guerre 1914-1918, Croix des combattants volontaires, combattant volontaire des deux guerres (Baud, Morbihan, 4 février 1942) — de Michèle FALIN, troisième enfant du Docteur Falin (Bourg-la-Reine, Seine, 132, Grande rue, 23 janvier 1942 — de Jacqueline DUMORTIER, fille du Docteur A. Dumortier (Condé-sur-Noireau, Calvados, 20, rue de Vire, 7 février 1942) — de Jean-Philippe JUGAN, quatrième enfant du Docteur J. Jugan (Lannepax, Gers, 17 janvier 1942) — d'Agnès BARRET, troisième fille du Docteur Marcel Barret, ancien interne des hôpitaux de Paris, associé national de l'Académie de chirurgie (Angoulême, 40, Rempart Desaix, 24 janvier 1942).

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer

la mort de M. Etienne FOURNIAT, receveur honoraire de l'enregistrement, père du Docteur Robert Fourniat ; du Docteur COLLIN, de Caen ; du Professeur MARFAN, membre de l'Académie de médecine ; du professeur GRÉGOIRE, membre de l'Académie de médecine et de l'Académie de chirurgie.

ORDRE DES MÉDECINS

I. Conseil départemental de la Seine

Communiqué

APPROVISIONNEMENT. — Un certain nombre de médecins ont demandé au Conseil de l'Ordre dans quelles conditions ils pouvaient renouveler leur provision de compresses et de coton indispensables aux pansements.

Le Conseil de l'Ordre fait savoir aux médecins du département que ces demandes doivent être adressées au « Comité d'Organisation du Commerce des Produits pharmaceutiques », 5, rue de Luynes, à Paris.

LE CONSEIL DE L'ORDRE.

II. Conseil départemental de Vaucluse

5, rue Chauffard, Avignon. Tél. 25-72

De la Circulaire no 10, qui présente de façon très vivante, l'actualité professionnelle dans le département, nous extrayons, à titre de documentation, les lignes suivantes :

TARIFS. — Après nouvelle consultation de la Commission régionale, le tarif médical minimum est porté pour tout le département à 30 francs pour la consultation, 40 francs la visite et 3 francs par kilomètre parcouru. La visite de nuit est portée à 80 francs ; même tarif pour la visite du dimanche lorsqu'il s'agit d'une visite d'urgence et d'un premier examen, le tarif de 30 ou 40 francs restant appliqué lorsqu'il s'agit de soins dispensés à un malade en cours de traitement. Nous avons prévenu les Caisses d'assurances sociales afin qu'elles envisagent un relèvement des tarifs de remboursement. Nous vous ferons connaître leur réponse dès qu'elle nous sera parvenue. Jusque-là, il y aurait lieu de se montrer très prudent dans l'application du nouveau tarif minimum, lorsque vous aurez à faire à des assurés sociaux économiquement faibles et donc particulièrement dignes d'intérêt.

Un réajustement des tarifs de l'Assistance médicale gratuite est à l'étude.

Centenaire de la mort de Pelletier

En dépit des circonstances, le centenaire de la mort de Pelletier ne doit pas passer inaperçu. Rappelons rapidement la vie et les grandes lignes de son œuvre.

Pierre-Joseph Pelletier naquit à Paris, le 22 mars 1788. Son père, chimiste connu, était pharmacien, puis devint professeur de chimie à l'Ecole polytechnique et membre de l'Académie des sciences. C'est donc déjà marqué par une hérédité professionnelle qu'il entreprit lui aussi les mêmes études que son père. Le succès devait d'ailleurs couronner ses travaux et ses recherches. Tout de suite après ses études, il se mit avec fruit à la recherche scientifique et aux travaux de laboratoire. La série des honneurs

officiels commença alors pour lui. En 1821, l'Académie de médecine lui ouvrit ses portes ; en 1832, il devint professeur à l'Ecole de pharmacie, puis directeur-adjoint ; en 1840, il entrait à l'Académie des Sciences. Il mourut à Paris, en 1842, âgé seulement de 54 ans.

L'œuvre de Pelletier a été considérable. Certes, sa découverte du sulfate de quinine est la mieux connue des médecins. C'est grâce à elle que Maillot put utiliser la quinine, dès 1834, pour combattre le paludisme en Algérie. Le procédé primitif de Pelletier et Caventou, curieux à rappeler, consistait à faire bouillir à plusieurs reprises le quinquina pulvérisé avec de l'eau aiguisée d'acides sulfurique et chlorhydrique. Les liqueurs refroidies étaient ensuite précipitées par un lait de chaux, et le dépôt quino-calcaire, exprimé avec soin, était épuisé par l'alcool bouillant. En neutralisant attentivement par l'acide sulfurique et en distillant l'alcool, on obtenait une masse cristalline brunâtre qu'on décolorait au noir animal et qu'on purifiait par une nouvelle cristallisation.

Si la découverte de la quinine reste, en quelque sorte, la pièce-maîtresse de l'œuvre de Pelletier, elle ne doit pas faire oublier ses autres travaux : « Recherches chimiques et physiologiques sur l'Ipécacuanha », avec Magendie, en 1817 ; « Notice sur la matière verte des feuilles », avec Caventou, la même année ; « Un nouvel alcali : la Strychnine », en 1818 ; « Analyse chimique des quinquinas, », en 1821 ; « Recherches sur le genre Hirudo », avec Huzard, en 1825 ; « Examen chimique d'une écorce désignée sous le nom de quina bicolore » avec Petraz, en 1825 ; « Recherches sur les propriétés chimiques et médicales de la racine de Kahinça » avec François et Caventou, en 1830.

De nombreux articles dans divers journaux complètent cette œuvre si importante. Une vie si bien remplie mérite qu'on s'y arrête pour y puiser des enseignements et la citer en exemple.

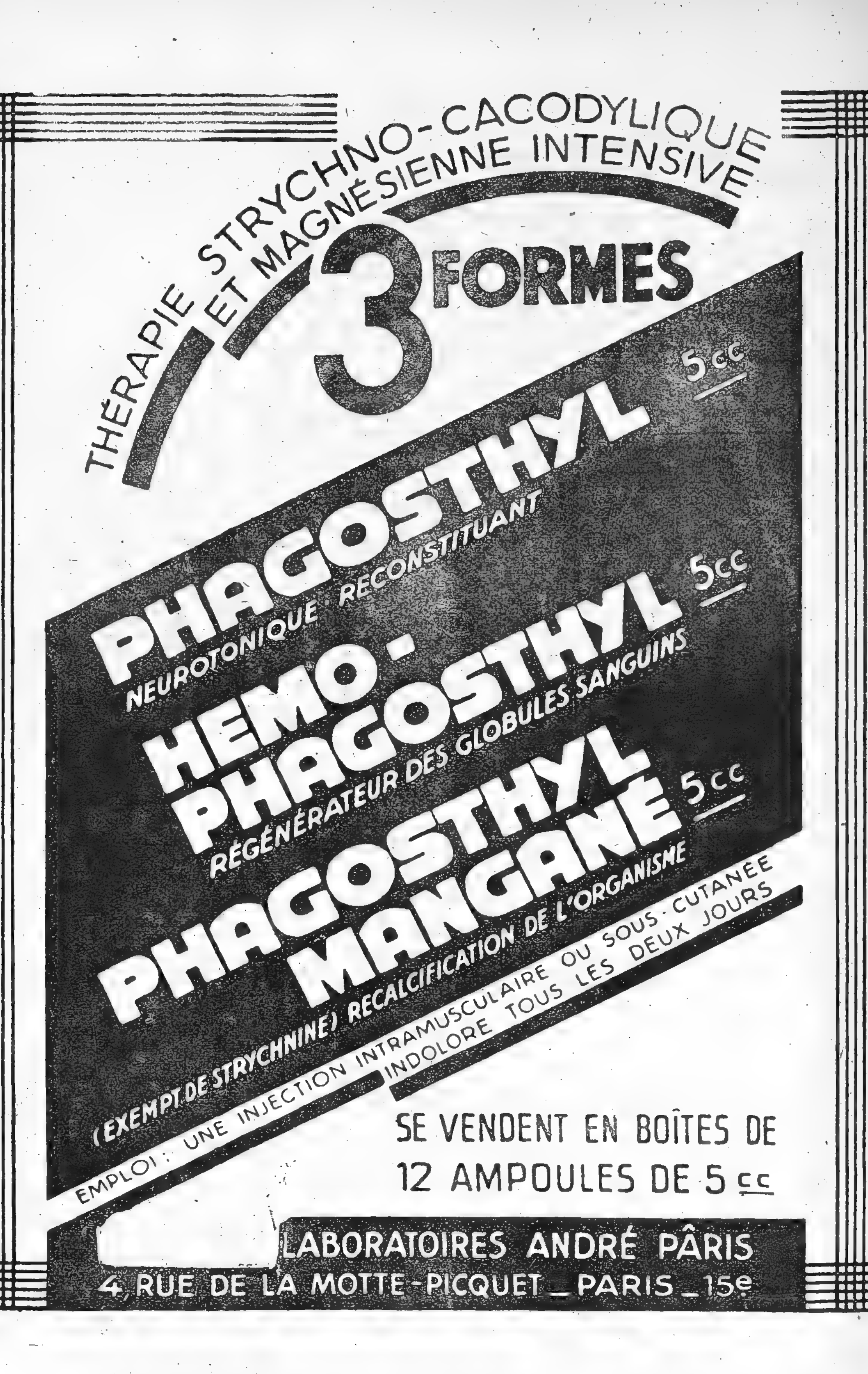
Pierre Labignette,
Chef du Laboratoire de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.

LAUDANUMOMANIE

Le Professeur Perrin a présenté à la Société de médecine de Nancy une femme de 44 ans, devenue laudanumomane depuis trois ans, à l'occasion d'ennuis et d'algie sciatique. Elle déclare avoir ingéré jusqu'à 45 grammes de laudanum de Sydenham par jour, et s'être fait des piqûres de laudanum et parfois de morphine. Ses téguments présentent, surtout dans la partie inférieure du tronc et sur les cuisses, un nombre considérable de cicatrices, quelques escarres récentes et de nombreux nodules sous-cutanés ou intradermiques.

Cette observation s'apparente à un cas de Laignel-Lavastine (escarres produites par des injections de laudanum faites en remplacement d'héroïne) et à une observation de Chavigny (très nombreux nodules ou kystes sous-cutanés chez une infirmière, qui avouait s'être fait des injections de laudanum depuis trois mois environ, jusqu'à dix par jour).

Les escarres peuvent s'expliquer par un défaut d'asepsie, quelle que soit la substance injectée ; les cicatrices sont la trace d'escarres anciennes. Les réactions nodulaires ou kystiques paraissent dues à l'un des constituants du laudanum autre que l'opium (puisque les extraits d'opium couramment employés ne produisent pas de tels effets).


THÉRAPIE STRYCHNO-CACODYLIQUE
ET MAGNÉSIENNE INTENSIVE
3 FORMES
PHAGOSTHYL 5cc
NEUROTONIQUE RECONSTITUANT
HEMO-PHAGOSTHYL 5cc
RÉGÉNÉRATEUR DES GLOBULES SANGUINS
PHAGOSTHYL MANGANÉ 5cc
(EXEMPT DE STRYCHNINE) RECALCIFICATION DE L'ORGANISME
EMPLOI : UNE INJECTION INTRAMUSCULAIRE OU SOUS-CUTANÉE
INDOLORE TOUS LES DEUX JOURS
SE VENDENT EN BOÎTES DE
12 AMPOULES DE 5 cc
LABORATOIRES ANDRÉ PÂRIS
4, RUE DE LA MOTTE-PICQUET _ PARIS _ 15e

Union fédérative nationale des Médecins de réserve

Nous serions très reconnaissants à tous ceux des membres de l'Union Fédérative qui pourront nous adresser leur cotisation 1942 (trente francs, chèques postaux : Paris 254-45). Nous continuons notre œuvre d'entr'aide qui nous a permis déjà de secourir des familles de médecins et d'adresser des ouvrages d'études à des étudiants retenus prisonniers.

En outre, par l'intermédiaire de la Croix-Rouge, nous avons été informés que nos confrères prisonniers avaient le besoin le plus urgent de nouveaux uniformes pour remplacer les leurs. Nous adressons un pressant appel aux médecins démobilisés qui pourraient nous donner ou nous céder leur uniforme. Adresser envois ou cartes demandant explications à Union fédérative des médecins de réserve, 58, rue Chardon-Lagache, Paris (XVIe).

(*Communiqué*).

A quand les augmentations de tarifs ?

Je croyais avoir lu dans les colonnes du *Concours* des projets d'augmentation des tarifs *accidents du travail et réformés*, mais le 1er janvier 1942 est passé depuis longtemps et je n'entends plus parler de rien.

Va-t-on exiger longtemps encore des praticiens des consultations à 17 francs et des kilomètres à 1 fr. 50 ou 1 fr. 24 ! Alors que l'Etat a triplé lui-même le prix des quelques litres d'essence qu'il nous octroie ?

Dr J. LUCQ (Saint-Pois).

L'avis d'un médecin prisonnier sur la relève

« Je souhaite que le projet de relève ait une suite. Il est regrettable que cette relève ne soit qu'individuelle, il eut été souhaitable qu'au moins tous les médecins de réserve fussent relevés. La relève dont il est question semble encore une fois favoriser les médecins d'active ; j'estime que l'on devrait ne pas oublier que les médecins d'active sont des médecins militaires et c'est à eux de soigner les militaires, à plus forte raison, quand ils sont médecins militaires prisonniers de guerre. Les médecins de réserve prisonniers sont bien plus touchés matériellement que les médecins d'active ; en temps de guerre, le médecin de réserve perd sa situation, celui d'active continue à gagner ce qu'il gagnait auparavant ; la même situation se poursuit quand ils sont prisonniers. Il semble que l'on oublie trop ce fait. Il est donc normal que les médecins de réserve soient relevés les premiers ».

Ravitaillement en légumes des familles nombreuses médicales de la région parisienne et des centres urbains

La prochaine campagne de culture maraîchère et la loi du 30 novembre 1941

Avec le concours technique des dirigeants de l'Association des médecins amateurs de jardins, qui reprend toute son activité, l'Association « Médecine et Famille » (médecins amis de la famille et familles

nombreuses médicales), étudie actuellement les possibilités d'application de la loi du 30 novembre 1941. Grâce à cette loi, les Associations de familles nombreuses peuvent contribuer à l'extension des cultures maraîchères aux abords des villes et le fruit de ces cultures sera réservé à leurs adhérents, nonobstant toute réglementation du rationnement.

Les deux Associations bénéficieront des conseils de techniciens qualifiés et des directives de M. CHOUARD, professeur d'agriculture au Conservatoire des Arts et Métiers et conseiller du Secours national. Elles font, dès maintenant, appel au dévouement et à la compétence des laboratoires pharmaceutiques ou organisations médicales possédant des exploitations agricoles.

Les membres des deux Associations, en règle avec le trésorier et intéressés par cette loi, voudront bien envoyer d'urgence, avec une enveloppe timbrée, nom et adresse, en précisant les personnes à leur charge (enfants, ascendants, domestiques) et en apportant toutes suggestions utiles qui seront bien accueillies, aux adresses suivantes :

« Association des médecins amateurs de jardins » : Docteur Chaumier, dernier président, désormais : 61, rue de la Condamine, Paris (XVIIe) et Docteur Dejust, secrétaire général, désormais à Ouzouer-sur-Loire (Loiret).

Pour « Médecine et Famille », écrire : 84, rue de Lille, Paris (VIIe). (Joindre timbre pour réponse).



VACCINATION CONTRE LA VARIOLE

« Au moment où à travers la France, les vaccinations et revaccinations contre la variole se multiplient, le « Concours médical » *pense pouvoir être utile à quelques confrères en leur rappelant les très simples indications suivantes* :

Les scarifications doivent être légères, à la fois superficielles (*sans faire saigner*) et courtes (*1 à 2 millimètres*).

Pour nettoyer la peau, utiliser l'eau bouillie ; éviter les antiseptiques.

Le vaccinostyle doit être stérilisé et refroidi avant d'être imprégné de vaccin.

I. INOCULATIONS. — *Primo vaccinations des nouveau-nés.*

Une seule inoculation réduit la réaction au minimum : après avoir déposé une goutte de vaccin avec le vaccinostyle, on scarifie la peau de deux petits traits parallèles au travers de la goutte. Le temps de choix s'étend du 3e au 9e mois.

Le lieu d'élection est le bras (*région deltoïdienne*) à défaut, chez les petites filles, pour éviter la cicatrice, faire une seule inoculation sur le bord externe du dos du pied. L'inoculation à la cuisse risque d'être souillée par les couches.

Revaccinations

Sur le bras gauche, déposer avec le vaccinostyle deux gouttes de vaccin à 5 centimètres d'intervalle.

Scarifier la peau de DEUX petits trais parallèles au travers de CHAQUE goutte. (*Chez les femmes, la vaccination à la cuisse détermine toujours une plus forte*

réaction entretenue par le frottement lors de la marche ; éviter la vaccination à la cuisse — ou prescrire le repos).

II. — Lecture des résultats ((*le 8e jour*)

Le contrôle est toujours important ; il est indispensable en cas de primo vaccinations pour permettre une deuxième et, s'il y a lieu, une troisième tentative.

Résultat négatif : simples cicatrices des traits de scarification.

Réaction positive : *a*) il s'agit d'un nouveau-né, ou d'un sujet qui a perdu l'immunité : une à deux pustules typiques au centre d'une aréole rouge ; *b*)le sujet est resté allergique et a conservé une certaine immunité ; on note au niveau des scarifications une papule rose qui apparaît le deuxième jour et est encore légèrement visible le huitième jour ; *c*) tous les intermédiaires existent entre la papule et la pustule selon le degré d'immunité du sujet.

(D'après le Docteur R. Fasquelle, ancien interne des hôpitaux de Paris).

A TRAVERS L'OFFICIEL

A. M. G.

Aux termes d'un arrêté du 7 février 1942, la ville de Pont-Audemer (Eure) est autorisée à renoncer à son organisation spéciale en matière d'Assistance médicale gratuite.

Les dispositions du règlement départemental lui seront désormais applicables.

(*J. O.*, 5 février 1942).

Assurances sociales

Loi du 6 février 1942 portant institution de Caisses départementales ou interdépartementales d'Assurances sociales dans la région parisienne

Art. 1er. — § 1er. — Il est institué, pour les assurés ayant leur lieu de travail à Paris ou dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise, deux ou plusieurs Caisses départementales ou interdépartementales qui se substitueront à la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise et auxquelles les assurés intéressés seront rattachés dans les conditions fixées par un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail.

(*J. O.*, 11 février 1942).

Hygiène

Arrêté du secrétaire d'Etat au ravitaillement créant un Comité consultatif

Art. 1er. — Il est créé un Comité consultatif mixte composé de représentants du secrétariat d'Etat au ravitaillement et du secrétariat à Vichy, et chargé d'émettre des avis, en cas d'urgence, sur les questions d'hygiène alimentaire qui lui seront soumises, compte tenu de la situation des ressources dont dispose le ravitaillement.

Art. 2. — Le Comité est composé des membres suivants :

1o *Pour le secrétariat d'Etat du ravitaillement*

Le secrétaire général du ravitaillement ou son délégué.

Le directeur du bureau central des recherches ou son délégué.

Le directeur de la distribution et de la consommation ou son délégué.

Un fonctionnaire du service des laboratoires du bureau central des recherches.

Un médecin du service des études médicales et physiologiques du bureau central des recherches.

2° *Pour le secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé*

Le commissaire général à la Famille ou son représentant.

M. le Professeur André Chevallier, de la Faculté de médecine de Marseille, chargé de mission à la direction de la Santé.

M. le Docteur Vidal, directeur régional de la Santé et de l'Assistance, chef de cabinet du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

M. le Docteur Cléret, directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

(*J. O.* du 12 février 1942.)

Prisonniers de guerre

Communiqué officiel n° 84 de la direction du service des prisonniers de guerre en date du 5 février 1942 (rapatriement, libération, mise en congé de captivité des prisonniers de guerre).

Le présent communiqué a pour objet de faire le point des questions de rapatriement, libération, mise en congé de captivité des prisonniers de guerre.

Il annule et remplace les communiqués nos 4, 5, 6, 7, 14, 27, 37, 39, 50, 51, 53, 55, 61, 70, 71, 74.

....

II. — Libération des prisonniers de guerre anciens combattants de la guerre 1914-1918.

Tous les militaires de réserve, nés avant le 1er janvier 1900, sont présumés avoir pris part à la guerre 1914-1918. Ils sont rapatriés sur la seule vérification de leur date de naissance.

Pour bénéficier de la même mesure, les militaires de réserve, nés après le 1er janvier 1900, doivent justifier de leur qualité d'anciens combattants par la production de leur livret individuel ou de leur carte de combattant.

Dans le cas où les militaires en cause auraient perdu la pièce attestant soit la date de leur naissance, soit leur livret individuel ou leur carte de combattant, il leur appartient de fournir au service diplomatique des prisonniers de guerre, 47, rue Cortambert, à Paris, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'homme de confiance du camp, toutes indications utiles pour l'établissement de leur qualité d'anciens combattants.

Les prisonniers de guerre ont été informés directement de cette disposition et des modalités d'application.

En conséquence, les familles n'ont aucune démarche à faire ou aucune intervention à solliciter.

L'attention des familles est attirée sur le fait que pour le moment, les militaires de carrière ne peuvent pas bénéficier de cette disposition, sauf ceux qui avaient quitté le service actif avant la mobilisation.

III. — Mise en congé de captivité des pères ou fils aînés des familles de quatre enfants mineurs

Il a été décidé d'accorder des congés de captivité aux prisonniers de guerre pères de quatre enfants mineurs et plus, pour autant que cela paraisse nécessaire pour parer à la détresse de la famille.

La mesure s'applique aux frères aînés de quatre enfants mineurs et plus, lorsque le père est décédé ou hors d'état de gagner sa vie et que la subsistance de la famille dépend du prisonnier à mettre en congé de captivité.

Voir la suite page XXXV-315

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées à la consommation du papier, nous prions les auteurs de vouloir bien réduire le texte de leur article à QUATRE *ou* SIX *colonnes de notre journal.* (N. D. L. R.)

LES ENGELURES

Par le Docteur A. LAQUERRIÈRE

Électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris,
Professeur à l'Université de Montréal

Peut-être est-il bien tard (du moins j'espère que l'inclémence de la température ne tardera pas à cesser) pour parler encore d'engelures ; mais l'article de Fischer dans le *Concours Médical* du 23 janvier m'incite à quelques réflexions.

Commençons par le chapitre « étiologie ». La recrudescence de cette affection durant l'hiver passé et durant le présent hiver a fait invoquer les causes les plus diverses : insuffisance de vitamines, ration alimentaire trop faible qui occasionne de l'hypothermie, intoxication par le seigle que contient notre pain, déréglement du sympathique occasionné par les soucis des heures présentes, etc. Il est possible que ces différents facteurs interviennent au moins pour une part chez certains sujets ; mais il faut reconnaître que la mauvaise saison est la cause prédominante : on n'a pas d'engelures en été. Seulement Fischer a tout à fait raison quand il dit « Le froid facteur principal *ou tout au moins occasionnel* ».

Seul, en effet, le froid est incapable de les produire. Au cours de la grande guerre j'ai, durant deux mois, couché dans une habitation si sibérienne que l'eau de mon broc restait prise en un seul bloc et que j'étais forcé d'aller à l'ambulance pour me débarbouiller ; or, durant ce temps, je n'ai jamais présenté même un léger trouble circulatoire. Par contre, durant l'hiver 1940-1941, où j'habitais à Rennes une maison assez souvent relativement chauffée, j'ai eu de légères engelures aux orteils ; cet hiver que je passe à la campagne, n'ayant la possibilité d'allumer du feu que dans une seule pièce, j'en ai aux pieds et aux mains, dont quelques-unes ulcérées, alors que jamais de ma vie je n'avais souffert le moins du monde de cette infirmité.

D'autre part, lors de mon arrivée au Canada, à l'automne, je crus bon de prévenir mes collègues de l'hôpital Notre-Dame que je mettais à leur disposition un excellent traitement des engelures. Ils me regardèrent avec ahurissement et j'eus tôt fait de me convaincre qu'ils ignoraient totalement ce dont je parlais. En fait, par la suite, je dus reconnaître que c'était un mal inconnu à Montréal. Je cherchais une explication : si l'hiver est très rigoureux— je me suis promené un dimanche une heure dans un parc alors que le thermomètre marquait moins quarante degrés centigrades, sous un soleil splendide et un ciel d'un bleu merveilleux sans attraper d'engelures — si l'hiver est très rigoureux, il est d'une sécheresse extrême. Je n'en donnerai que deux exemples. Il faut prendre des précautions spéciales pour placer les films radiographiques dans les châssis ; si en effet on produit un frottement, ce frottement détermine des phénomènes électriques suffisants pour que la décharge dessine sur le cliché des arborescences peut-être très artistiques, mais qui le rendent illisible. Quand on entre dans un salon, le glissement des pieds sur le tapis vous occasionne un potentiel suffisant pour qu'en serrant la main de la maîtresse de maison on échange avec elle une étincelle. Mon opinion fut alors faite, le froid à lui seul n'expliquait pas la maladie.

Je me rappelais les pieds gelés de la grande guerre, pieds qui, on s'en convainquit rapidement, n'étaient pas des pieds gelés, mais des « pieds de tranchée » comme on les appela plus tard. Cette affection, en effet, ne se produisait pas par les grands froids, mais était l'apanage de ceux qui avaient fait un séjour prolongé dans la boue.

Au Canada on voit souvent des pieds gelés, on n'observe jamais de troubles rappelant le pied des tranchées. Les deux affections diffèrent

dès le début. La gelure apparaît brusquement dans une partie du corps particulièrement refroidi : doigt, orteil, bout du nez, oreille, pommette, sous forme d'une plaque d'un blanc porcelaine ; le plus souvent, le sujet n'en est pas averti par une sensation quelconque (c'est pourquoi il est naturel d'arrêter dans la rue un passant pour lui dire « Attention votre nez, ou votre oreille, blanchit »). Le pied de tranchée débute insidieusement par une rougeur, des troubles circulatoires, une sensation d'onglée, d'abord légers et limités, qui par la suite augmentent et s'étendent. La gelure traitée à temps, par des frictions avec de la neige ou par l'exposition à un fort jet d'eau froide, guérit immédiatement ; si on intervient trop tard, elle persiste, mais sans s'étendre, ou en s'étendant très peu. Comme le pied de tranchée, elle aboutit au sphacèle ; mais, tandis que dans ce dernier les dégâts sont souvent beaucoup plus importants qu'on ne l'aurait cru au début, la plupart du temps ceux de la gelure sont beaucoup moindres qu'on l'avait prévu lors du premier examen. J'ai vu des gens pour lesquels on craignait l'amputation du pied et qui s'en tiraient avec la perte de quelques phalanges d'orteil.

Je n'irai pas jusqu'à dire que le pied de tranchée était une forme d'engelure considérablement exagérée. C'est possible, mais je n'en sais rien. Ce qui me paraît évident c'est que l'engelure est beaucoup plus voisine du pied de tranchée que de la gelure. L'une et l'autre sont des réactions physiologiques. La gelure est un phénomène purement physique.

En tous cas, si nous revenons à mon auto-observation, il faut constater que le climat breton est très humide et que cet hiver c'est beaucoup plus les jours de pluie froide ou de brouillard que les grandes descentes thermométriques avec beau soleil, qui me causent des poussées nouvelles. C'est pourquoi, sans nier l'influence possible des différents autres facteurs dans l'endémie actuelle, je pense que les engelures, comme le pied de tranchée, sont dues à un disfonctionnement sympathique portant sur la circulation locale et qui est déterminé non par le seul refroidissement, mais par *l'association du froid et de l'humidité.*

Avant de terminer, je voudrais dire un mot du traitement : jusqu'ici j'ai toujours obtenu d'excellents résultats par l'effluvation électrique, utilisée pour la première fois je crois par le citoyen Sigaud La Fond en l'an VII de la première république. Il utilisait la machine statique, dont j'ai vu les effets remarquables, du temps de mon maître Apostoli, chez une pauvre femme porteuse d'un appareil orthopédique pour ancienne paralysie infantile. Elle présentait sur le membre malade des engelures telles qu'elle était obligée chaque hiver d'interrompre son travail à maintes reprises. Non seulement elle fut soulagée dès les premières séances et guérie rapidement, mais les hivers suivants les troubles ne reparurent pas.

Comme les machines statiques (au moins celles d'alors) étaient des instruments à débit variant selon les conditions atmosphériques, nous remplaçâmes, Apostoli et moi, son usage par celui de la haute fréquence qui nous donna des résultats encore plus brillants. J'ai traité quelques centaines de cas et j'ai toujours eu une amélioration dès les premières applications, une guérison en quelques séances (une douzaine au plus en général) et l'absence de récidive les hivers suivants. Je viens d'avoir l'occasion de revoir une dame, que j'ai soignée il y a une vingtaine d'années pour des engelures des pieds et des mains, qui empoisonnaient son existence durant toutes les mauvaises saisons ; c'est seulement en 1941 qu'elle avait présenté une récidive légère.

Ces résultats s'obtiennent même sur les engelures ulcérées avec cette réserve que, si la lésion est infectée, il faut accompagner le traitement électrique de pansements assurant la stérilisation, les séances ont alors besoin d'être plus nombreuses.

En somme je ne saurais trop préconiser cette excellente méthode. Mais je tiens à signaler qu'après avoir connu une grande vogue, elle est actuellement peu connue et peu pratiquée : Fischer ne la signale pas ; Belot et Aymard (1) la mentionnent seulement en passant, parmi d'autres procédés. Il y a à cet oubli deux raisons que j'ai exposées dans le « *Journal de Radiologie et d'Electrologie* (2) ». D'abord la technique des applications sans être difficile demande un certain doigté ; le non initié n'arrive pas toujours du premier coup au maximum de résultats qu'elle peut fournir. Ensuite et surtout, les jeunes n'emploient plus le grand résonnateur de Oudin fonctionnant sur bobine, qui seul fournissait le courant efficace. Ils l'ont remplacé par des appareils plus modernes, moins encombrants et se prêtant à des usages multiples (diathermie, etc.), mais n'ayant pas, dans ce cas particulier, et dans bien d'autres aussi, la même utilité. Dans l'outillage électrique, comme souvent ailleurs, le mieux a été l'ennemi du bien.

(1) TRAITÉ D'ELECTRORADIOLOGIE publié sous la direction de Delherm et Laquerrière (Deux volumes chez Masson).

(2) Septembre-octobre 1941.

LES TUMEURS BLANCHES DE L'ÉPAULE

Leçon résumée de M. le Professeur agrégé André SICARD (1)

Les tumeurs blanches sont au membre supérieur moins fréquentes qu'au membre inférieur. Ce fait tient à plusieurs raisons : volume et activité ostéogénique moindres des épiphyses humérales (comparées aux épiphyses fémorales) ; vascularisation moins riche : or la tuberculose aime les épiphyses très vascularisées ; pressions physiologiques discontinues sur ces articulations, au lieu des pressions continues exercées par la station debout au niveau de la hanche et du genou.

Malgré cette rareté relative des tumeurs blanches de l'épaule, leur dépistage précoce offre un grand intérêt. L'évolution normale du processus de guérison d'une tumeur blanche est l'ankylose. Or, toutes proportions gardées, l'ankylose est plus gênante au membre supérieur qu'au membre inférieur.

Au point de vue anatomo-pathologique, la maladie offre trois aspects : une forme caséo-fongueuse, la plus commune (80 % des cas) ; une forme sèche (carie sèche de Volkmann), moins fréquente (18 % des cas) et une forme dite charnue (carie charnue), plus rare (2 % des cas). La première, par sa prépondérance, mérite une plus large attention.

Comment débute la tuberculose au niveau de l'épaule ? Les lésions commencent à l'extrémité supérieure de l'humérus et exceptionnement — jamais pour ainsi dire — sur la cavité glénoïde. L'os, à l'épiphyse humérale, est plus spongieux et plus vascularisé qu'à l'omoplate, conditions plus favorables au développement de la tuberculose. En fait, le siège initial des lésions est la grosse tubérosité de l'humérus, dans le sillon qui sépare celle-ci de la tête humérale. De là le processus va éroder l'os, gagner le cartilage, la synoviale, la tête humérale, l'épiphyse. Les lésions sont généralement limitées à l'épiphyse supérieure de l'humérus et la cavité glénoïde est rarement ou tardivement atteinte. Le poids du membre supérieur, en effet, intervient. Ce membre est lourd : il tend à écarter les surfaces articulaires et à raréfier les contacts de la glénoïde et de l'épiphyse malade.

Les lésions elles-mêmes sont d'ordre banal et ne diffèrent pas de celles des ostéo-arthrites tuberculeuses de type habituel : synoviale bourrée de fongosités, ligaments érodés, siège d'une destruction progressive. Le tendon du biceps, en raison de sa résistance, de sa faible vascularisation, ne peut guère être détruit, toutefois, qu'à une période tardive. Les fongosités vont se ramollir et le pus tend à sortir de l'articulation. La connaissance anatomique des bourses séreuses vient ici servir de guide. Ainsi, le pus va s'extérioriser en avant, dans la région de l'aisselle, pour un premier groupe ; se collecter sous le deltoïde, pour un second groupe, ou, pour un troisième groupe, en avant de l'humérus, d'où il peut fuser loin quelquefois.

La carie sèche de Volkmann s'observe surtout chez le vieillard et à l'articulation scapulo-humérale, mais on la voit aussi chez l'adulte et à d'autres articulations. Comme son nom l'indique, c'est une destruction sèche de l'os, destruction progressive de la corticale et de l'os. Elle se caractérise par l'absence d'abcès, mais par contre, par la précocité de l'atrophie. Enfin, la carie charnue, forme rare, avec de grosses fongosités, évolue vers la suppuration et les abcès fréquents.

Cliniquement, le début de la tumeur blanche reste insidieux, ce qui est plus particulièrement exact pour l'épaule. Le malade se plaint de gêne un peu douloureuse. Il se soigne souvent à ce moment pour des troubles qualifiés d'arthrite sèche, de rhumatisme, de séquelles de traumatisme. Malgré les thérapeutiques employées, il continue à souffrir. Il accuse une diminution de force du membre supérieur et il finit par être gêné dans tous ses gestes, pour s'habiller, pour manger, pour écrire. Quelquefois, il est obligé de ralentir son activité professionnelle. Il ne peut pas se servir de son bras comme auparavant, il n'a plus la même force qu'antérieurement. Il souffre, toutefois, modérément encore. Assez vite, après quelques semaines, apparaissent des douleurs plus intenses, spontanées, d'abord au siège initial des lésions, sur la grosse tubérosité, puis à distance, vers le coude en particulier : les douleurs à distance sont un des grands signes de la tuberculose osseuse. Un autre élément de cette douleur est son caractère nocturne. Le malade étant couché, le poids du membre n'intervient plus et les deux surfaces articulaires viennent au contact.

L'examen de l'épaule — qui se fera le thorax nu, comme il est de règle pour tout examen de l'épaule — montrera quatre signes qui éclairent

(1) Leçon faite à la Faculté de médecine de Paris le 15 novembre 1941. Recueillie par le Docteur P. LACROIX.

le diagnostic s'ils sont constatés réunis : 1° l'atrophie musculaire du deltoïde, qui rend les reliefs osseux plus saillants ; 2° la limitation de l'abduction, que l'on recherchera en immobilisant l'omoplate (sans cette précaution, l'abduction est possible, entraînant l'omoplate) ; 3° les points douloureux au-dessous de l'acromion, sur la grosse tubérosité de l'humérus ; 4° l'adénopathie axillaire, signe qui ne manque jamais mais peut échapper chez un sujet gras.

Si l'on trouve cet ensemble de signes, on fera faire une radio qui donnera la clef du diagnostic. On demandera un cliché des deux épaules en position symétrique. On constate, à ce stade, deux signes radiographiques : 1° une décalcification osseuse dans la région de la grosse tubérosité ; 2° un écartement des surfaces articulaires. A l'épaule, en raison du poids du membre, il existe normalement un interligne articulaire appréciable mais l'écart est amplifié ici du fait de l'atrophie musculaire et des lésions des ligaments. Se rappeler qu'à l'épaule comme aux autres articulations, les constatations objectives radiographiques retardent sur les lésions anatomiques réelles : on peut présager des lésions plus importantes que celles indiquées par la radio.

Les troubles généraux sont à ce moment variables. Si le patient est indemne d'autre localisation morbide, l'état général est alors bon. Si l'affection évolue chez un tuberculeux du poumon ou d'un autre organe, l'état général sera celui de cette autre tuberculose.

Quand l'arthropathie de l'épaule est plus ancienne, après six mois, un an par exemple, l'aspect est différent, le diagnostic plus facile. On note, à ce moment, trois ordres de signes : 1° de l'atrophie plus accentuée du deltoïde, avec aspect de l'épaulette ; 2° une attitude antalgique du bras, que le sujet tient fixé au corps à l'aide d'une écharpe, dans le but d'éviter toute secousse ; souvent des douleurs nocturnes, le patient se levant alors la nuit pour se soulager, étant mieux debout qu'au lit, les surfaces articulaires étant écartées en station verticale par le poids du membre ; 3° une abduction à 35°. Cette abduction ne se voit pas d'emblée, en raison du jeu compensateur de l'omoplate. Si l'on remet en place l'omoplate, l'attitude vicieuse apparaît. Vont se montrer à cette période, les abcès : empâtement, chaleur locale, fluctuation. L'épaule devient globuleuse, la peau est blanche (l'affection mérite bien à ce moment son nom), chaude, veinée. On peut constater des symptômes généraux, de la fièvre, des fistulisations, l'infection pouvant aboutir à l'hecticité, à la cachexie.

Est-ce à dire que la tumeur blanche évolue toujours de cette façon-là ? Si le diagnostic et le traitement sont faits de bonne heure, la maladie pourra guérir en 18 mois, 2 ans. L'évolution apparaît plus courte à l'épaule qu'au membre inférieur (3 ans pour la coxalgie). Le processus habituel de guérison de la tuberculose articulaire est l'ankylose. Or, dans la tumeur blanche de l'épaule, les lésions ne siègent guère que sur l'humérus et l'ankylose n'est plus osseuse mais fibreuse, de ce fait moins solide.

Chez l'enfant, au lieu de la forme fongueuse de l'adulte, la forme habituelle est sèche, avec atrophie musculaire précoce, quelquefois abcès guérissant en général rapidement. On a affaire, à cet âge, à des épiphyses actives et l'affection peut laisser un raccourcissement du membre.

L'immobilisation demeure l'élément fondamental du traitement. Deux principes doivent y présider : l'emploi d'un appareil plâtré assez important, thoraco-brachial, comprenant le thorax, le coude, le poignet ; une position bien réglée : abduction, extension, rotation interne mais à degrés calculés et précis, position capitale que l'on obtiendra, s'il est nécessaire, sous anesthésie générale.

Cette méthode est longue et aboutit à une ankylose après 18 mois, 2 ans environ. L'ankylose fibreuse ainsi obtenue n'est pas toutefois l'idéal, et une meilleure thérapeutique est la résection de l'épaule, terme défectueux il est vrai, puisque l'intervention ne porte que sur l'épiphyse siège des lésions. On enlève toutes les parties malades pour être à l'abri des récidives. Les résultats sont généralement bons, surtout si le diagnostic est précoce, si le sujet est assez musclé et assez courageux pour faire des mouvements convenables pour une récupération fonctionnelle. Deux, trois, quatre mois de traitement sont alors suffisants.

Enfin, à ce traitement local, une thérapeutique générale est à associer. Il faut souvent user de son influence auprès des malades pour qu'elle soit mise en œuvre : les sujets atteints de tumeur blanche de l'épaule acceptent en effet plus difficilement que les coxalgiques le repos et la cure générale, climatique et marine, qui leur sont utiles.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

❖ ❖ ❖

Les erreurs possibles du Laboratoire

Il est un fait, de plus en plus évident, à ne pas perdre de vue, c'est que les données fournies par le laboratoire doivent toujours être interprêtées à la lueur de la clinique. Qu'il s'agisse d'une question de traitement ou d'expertise, la chose est d'importance ; un défaut peut provenir soit d'une erreur de technique, soit d'une interprétation erronée des résultats, parfois imputable à l'incompétence de celui qui apprécie ; il est, en tous cas, préjudiciable au patient.

A. Sézary (1) envisage sous ce rapport les séro-réactions syphilitiques et la possibilité de conséquences extrêmement graves. Si le résultat est indûment positif, il fait porter à tort le diagnostic de syphilis, instituer, sans motif réel, un traitement long et coûteux, et accabler le malade d'une angoisse injustifiée. Chez un ancien syphilitique, il nous incite à modifier inutilement notre conduite thérapeutique et à porter un pronostic plus sévère. S'il est indûment négatif, il fait courir d'abord au malade un grand danger résultant de la méconnaissance de son infection, qu'il ne traitera pas, souvent ensuite, à la collectivité, le risque redoutable de la contamination.

Cet auteur rapporte des exemples, qui prouvent que pareilles erreurs ne sont pourtant pas exceptionnelles ; le plus souvent isolées et dues à une négligence accidentelle, elles sont parfois la règle dans certaines officines, pourvues de techniciens incompétents.

En dehors des questions de traitement, c'est le cas d'une épouse, dont le mari avait demandé le divorce parce que ses séro-réactions syphilitiques, faites à l'occasion de malaises, mal définis, s'étaient montrées partiellement positives dans un laboratoire ; or, plusieurs examens ultérieurs, sans aucun traitement spécial préalable, donnèrent des résultats négatifs.

C'est encore l'histoire d'un malade d'hôpital, qui fut amené avec une fiche d'examen du liquide céphalo-rachidien comportant une réaction de Hecht positive, alors que chacun sait l'impossibilité de pratiquer cette réaction dans le liquide céphalo-rachidien. Les laboratoires sérieux sont les premiers à souhaiter l'élimination des officines peu sérieuses. Aux techniciens, d'autre part, à s'entourer de toutes garanties concernant leur matériel, leurs produits chimiques et biologiques, de faire toujours des réactions témoins, et de procéder à leurs opérations avec l'attention la plus soutenue, la minutie la plus grande.

Il ne faudrait cependant pas qu'un praticien se crût autorisé à incriminer les techniciens chaque fois qu'un résultat sérologique ne cadre pas avec les faits cliniques. Dans ce cas, avant de porter le moindre soupçon, il fera répéter les réactions dans un autre laboratoire, déjà éprouvé par lui. Il demandera qu'il soit pratiqué avec le même sérum à la fois des réactions de déviation du complément (type Wassermann), et de floculation (type Meinicke ou Kahn). Il n'oubliera pas que les réactions sanguines peuvent être négatives dans des cas de syphilis, même récente, et plus souvent encore dans la syphilis ancienne. Inversement, il doit savoir que les réactions trop sensibles (à antigène cholestériné, par exemple) peuvent donner des résultats partiellement positifs chez des sujets indemnes. Dans certains cas de tumeur cérébrale ou médullaire, on peut voir une séro-réaction de Wassermann positive dans le liquide céphalo-rachidien, alors que la syphilis n'entre nullement en jeu. Enfin, chez les malades anciennement contaminés, les réactions peuvent être positives d'une manière intermittente, avec des résultats complètement différents à un mois d'intervalle, et cela sans la moindre intervention thérapeutique.

Enfin, le sang sera recueilli d'une manière aseptique, en dehors de la période digestive et de toute infection évolutive (accès paludéen) ou d'une intoxication récente (ivresse); il sera conservé à la glacière et examiné dans les vingt-quatre heures.

N'oublions pas enfin que la valeur de toute méthode de diagnostic biologique est relative : négatifs, les résultats n'ont pas de signification absolue ; positifs, ils doivent être interprétés par rapport aux données cliniques.

Cette dernière considération nous conduit à envisager aussi cette notion, trop souvent oubliée, de la *sérologie fréquemment négative dans les syphilis tertiaires.* « Ce n'est pas parce que le Wassermann est négatif qu'on devra éliminer ce dia-

◆◆◆

(1) Les résultats erronés des séro-réactions syphilitiques. (*La Presse médicale,* 6 décembre 1941).

gnostic. On devra, au contraire, y penser, même en l'absence d'antécédents ». Ainsi s'exprime G. Garnier (1) en s'appuyant sur des observations probantes. Les proportions des Wassermann négatifs dans les syphilis tertiaires est variable suivant les statistiques, de 50 à 75 % ; mais, en utilisant le grand jeu des réactions sérologiques, cette proportion est réduite à 30 ou 40 p. 100 ; en cas de réponse négative, il est bon, en effet, de répéter les examens (surtout en cas de traitement) pour saisir les réactivations toujours possibles, qui viendront alors confirmer le diagnostic et seront un encouragement à la poursuite du traitement commencé.

C'est surtout, en présence de lésions ulcéreuses de la peau, des muqueses, ou de lésions osseuses qu'il faut toujours penser à la syphilis, même si les examens sérologiques sont négatifs. On pourra envisager les résultats de la biopsie, mais aussi de l'examen clinique et du traitement d'épreuve.

Ce sont les caractères des lésions ulcéreuses, ulcéro-gommeuses ou papulo-ulcéreuses, qui doivent faire suspecter la syphilis : les contours arrondis des ulcérations, leur polycyclisme, leurs bords taillés à pic adhérents, l'absence habituelle d'inflammation, de douleurs, de ganglions dans le territoire correspondant ; l'évolution si particulière avec guérison et cicatrisation en certains points, alors que la lésion progresse en d'autres. C'est l'analyse de ces caractères, qui permettra de distinguer les syphilides ulcéreuses et les deux affections, qui la peuvent le mieux simuler, c'est-à-dire la tuberculose et le cancer. Il faut aussi signaler le masque des tumeurs osseuses du type sarcome des os longs. Du fait d'une sérologie négative, certains de ces patients ont été amputés pour un pseudo-sarcome, alors qu'un traitement d'épreuve rapidement conduit eût permis d'éviter une opération gravement mutilante.

Car, malgré l'absence de tout antécédent, malgré une sérologie négative, un traitement antisyphilitique jugule rapidement les lésions et permet une restitution *ad integrum*. D'ailleurs, si l'on veut que le résultat soit démonstratif, il faut que le traitement d'épreuve ait été correctement réalisé : à doses suffisantes et à un rythme aussi rapide que possible. En un mois, six semaines au plus, le diagnostic pourra être confirmé par le traitement d'épreuve ; il ne faut pas redouter, comme on l'a dit quelquefois, que celui-ci donne un coup de fouet à des lésions, qui seraient cancéreuses ; cette assertion n'est pas démontrée.

***

Une INTERPRÉTATION FACHEUSE D'UN CLICHÉ RADIOGRAPHIQUE est rapportée par A. Mouchet (2), aussi le chirurgien ne doit-il pas se fier à la seule opinion du radiologiste, mais faire la lecture des documents par rapport à la clinique. Un garçon de 18 ans est contusionné sur le talon de la main gauche par un mandrin de tour. Deux radiologistes font successivement le diagnostic d'un certain degré de décollement épiphysaire du radius, et cependant il existe une tumeur fluctuante à la face externe du radius. Un chirurgien, adoptant la même interprétation, pense à un hématome consécutif au décollement ; il incise la collection, qui donne issue à un liquide sanguinolent, contenant de nombreux grumeaux ; l'incision ne se cicatrise pas, et il apparaît à son niveau une ulcération tuberculeuse typique. En réalité, la radiographie faite le lendemain de la contusion ne montrait pas le moindre degré de décollement épiphysaire, mais seulement, chez ce garçon de 18 ans, un cartilage jugal non encore soudé, ce qui était un état normal. Il y avait là une erreur par mauvaise interprétation (voir le côté sain) ; il y avait de plus une erreur par omission, car il était facile de déceler, en outre, une tache de décalcification circonscrite, en plein milieu de l'extrémité inférieure du radius ; cette zone décalcifiée, revue un mois plus tard, sur une radio, était évidemment une lésion tuberculeuse, ainsi que l'évolution ultérieure l'a prouvé. Il fallait alors ponctionner, et non pas inciser ; on eut évité la complication d'une ulcération tuberculeuse.

En bref, pour bien interpréter les radios, il faut connaître à fond la radiologie du squelette normal, et ne pas hésiter, en cas de doute, à radiographier pour contrôle le côté sain.

G. Fischer.

(1) A propos du diagnostic de certaines syphilis tertiaires. (*Paris-Médical*, 10 janvier 1942.)

(2) Une erreur d'interprétation radiographique fâcheuse. (*Annales de médecine légale*, décembre 1941).



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Le vertige Méniérique ; son traitement chirurgical

Parmi les différentes causes du vertige, trouble de l'appareil d'équilibration, le Professeur Portmann retient le labyrinthe. Il s'agit alors du syndrome de Ménière, exceptionnellement dû à l'hémorragie, mais le plus souvent à un déséquilibre du sac endolymphatique. Le vertige de Ménière (vertiges, surdité, bourdonnements) ne semble plus essentiellement différent, comme on le pensait, du vertige de Lermoyez ; dans un cas, le vertige précède la crise ; dans l'autre, il la termine. L'un et l'autre sont identiques dans leur pathogénie et leur mécanisme. Dans le syndrome de Lermoyez, l'hypertension du système endolymphatique se développe lentement, l'audition en souffre, le nerf cochléaire étant le plus vulnérable ; mais il faut que cette hypertension arrive à un certain degré pour provoquer le vertige ; peu après, il y a déblocage du sac endolymphatique, et l'audition revient rapidement. Dans le syndrome de Ménière, l'hypertension atteint plus rapidement la hauteur nécessaire pour produire d'emblée le blocage complet, puis diminue lentement par décollage progressif du sac jusqu'au retour à l'état normal.

En présence d'un syndrome Méniérique, on s'adressera d'abord aux divers médicaments susceptibles de réduire les troubles vasculaires à un degré tel qu'ils puissent être maîtrisés par le sac fonctionnellement suffisant. Ils pourront être physiques avec la thermothérapie, la crénothérapie, l'électricité — chimiques avec l'adrénaline, qui s'oppose à la vaso-dilatation génératrice de l'hypertension, avec les iodures, l'insuline, — biologiques avec l'opothérapie.

Le plus grand nombre de malades seront ainsi guéris ; sinon, on passera au traitement chirurgical ; celui-ci comprendra l'intervention proposée, il y a déjà plusieurs années, par l'auteur pour ouvrir et décomprimer le sac endolymphatique. (*La Presse médicale*, 15 novembre 1941).

Le diabète des jumeaux

Pour élucider cette question, M. Sendrail et E. Parda ont tiré leurs documents de l'observation comparée des jumeaux mono-ovulaires et bi-ovulaires. Le principe de la méthode est simple : issus d'un œuf unique, les jumeaux mono-ovulaires apportent, en naissant, le même bagage héréditaire, comme en témoigne leur ressemblance parfaite. Ils partagent donc les mêmes tendances pathogènes, et l'existence d'un même caractère morbide chez deux frères de cet ordre fournit un indice de sa nature héréditaire. Elle n'en constitue pas pour autant, une preuve péremptoire, cette coexistence pouvant résulter d'influences externes identiques. Aussi est-il bon de les comparer aux jumeaux bi-ovulaires ; originellement distincts, ils n'ont pas, en effet, reçu un patrimoine héréditaire identique, mais se trouvent placés dans les mêmes conditions extérieures que les mono-ovulaires.

Or, cette comparaison fait ressortir, au point de vue du diabète, les cas de concordance et de discordance. Au total, 86 p. 100 de concordance chez les mono-ovulaires, et 27 p. 100 seulement chez les bi-ovulaires. L'écart reste considérable et suffisamment démonstratif, surtout que, sur cent grossesses gémellaires, on compte en général vingt gestations monochoriales contre quatre-vingts bichoriales. Une telle prédisposition n'exclut d'ailleurs pas l'intervention de causes occasionnelles (influences intra-utérines, profession, grossesses, habitudes alimentaires, maladies acquises, etc.) susceptibles de révéler ou de contrarier la maladie. Ainsi l'étude systématique des jumeaux diabétiques paraît fournir l'argument le plus décisif en faveur de l'importance du facteur héréditaire à l'origine du diabète. (*Paris médical*, 30 octobre 1941).

Un nouveau médicament contre l'oxyurose : le déhydrocholate de soude

Cl. Launay et J. Cattet ont essayé de traiter l'oxyurose au moyen d'un sel biliaire : le déhydrocholate de soude. Ils confrontent leurs résultats avec les dernières recherches parasitologiques, pour étudier les conditions que devra remplir une thérapeutique durablement efficace de cette parasitose. On sait que tout régime ou toute substance, qui augmente la sécrétion des sels biliaires, favorise la disparition des oxyures ; ainsi s'expliquent les bons résultats obtenus par le déhydrocholate de soude. Malheureusement, ils sont immédiats, et n'excluent pas plus les rechutes que les médicaments habituels. Des cures successives sont nécessaires, et surtout des mesures de prophylaxie individuelle, aussi bien que collective, que rendent indispensables les conditions de vie et de dissémination extrême des oxyures. (*Paris médical*, 30 novembre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos du rôle possible de l'ergot dans les troubles vasculaires des extrémités dus au froid

(MM. F. BORDET, M. BRONGNIART et J. VOLCKRINGER ; 16-12-1941)

Enregistrant la fréquence des troubles vasculaires des extrémités (engelures, acrocyanose, etc.) observés l'hiver dernier et dépendant du froid, les auteurs ont posé déjà il y a un an, la question, dans la pathogénie de ces troubles, d'un ergotisme larvé possible. Analysant chimiquement une série d'échantillons de farines, M. Volckringer n'a pas trouvé, il est vrai, de taux appréciable d'ergot dans les farines de blé, mais il a pu mettre en évidence l'existence de traces de matières colorantes propres à l'ergot dans des échantillons de farines de seigle. Les auteurs rappellent le cas d'un médecin qui était le seul de sa famille à avoir ces accidents du froid et aussi le seul à manger du pain de seigle. Ils ne pensent pas, malgré les analyses chimiques non concluantes, qu'il faille rejeter entièrement l'hypothèse d'un ergotisme larvé à l'origine des troubles vasculaires en question.

Epidémiologie de la gale. Traitements actuels

(MM. H. LEROUX et M. PIGNOT ; 6-1-1942)

Depuis 1939, les cas de gale, observés à l'hôpital Saint-Louis, se sont montrés en accroissement important : 7.914 en 1939, 26.664 en 1940 et 60.567 en 1941. Dans toutes les régions de la France, le développement de la maladie a pris les mêmes proportions. Les causes de cette épidémie sont diverses et faciles à mettre en évidence : hygiène défectueuse, restriction de savon, contacts souvent difficiles à éviter avec les malades, etc. Noter aussi cette fausse notion de la « gale du pain », accréditée dans le public et qui entraîne des contagions par erreur de traitement sans avis médical.

Le traitement de la gale se heurte d'ailleurs à une difficulté : l'absence des corps gras usuels utilisés dans les pommades anti-scabiéiques. MM. Leroux et Pignot, après diverses recherches, se sont arrêtés, comme excipient succédané, à l'argile colloïdale, matière première facile à se procurer, d'un prix peu élevé, d'application facile, laissant une pellicule qui ne tache pas les vêtements. Voici trois formules qui leur ont donné toute satisfaction :

Pâte à l'eau d'Helmerich A :

Mélange colloïdal argile-soufre..	750 grammes
Eau......................	1.350 grammes
Carbonate de potassium.......	150 grammes

Pâte à l'eau d'Helmerich C :

Argile colloïdale..............	500 grammes
Eau distillée..................	1.350 grammes
Soufre......................	300 grammes
Carbonate de potassium......	150 grammes

Pâte à l'eau de Milian M :

Argile colloïdale.............	280 grammes
Eau......................	670 grammes
Polysulfure de potassium......	50 grammes

Les préparations A et C ont la même composition, mais A renferme le soufre sous une forme très dispersée, ce qui lui confère une grande activité.

Les auteurs réservent aux enfants le benzoate de benzyle (dont nous ne disposons que d'une faible quantité) sous forme d'émulsion à 30 %, l'agent émulsionnant étant le stéarate d'éthanolamine.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Infarctus du grêle guéri par injection d'adrénaline

(M. AUMONT, de Versailles. — Rapport de M. André SICARD ; 12-11-1941)

M. Grégoire a montré qu'un bon nombre d'infarctus de l'intestin ne relèvent pas de l'obstruction vasculaire mais simplement d'une vaso-dilatation poussée jusqu'à l'éclatement des capillaires, que toute irritation du système neuro-végétatif est susceptible de déclencher. Les cas de ce genre guérissent habituellement quand le traitement hypertenseur (adrénaline) est fait à temps.

M. Aumont a appliqué avec succès cette thérapeutique chez une de ses malades. Il s'agit d'une femme de 65 ans présentant un syndrome typique d'infarctus du grêle, l'entérorragie en moins toutefois. A l'opération, on trouve un infarctus du grêle de 60 centimètres environ. Avant d'envisager la résection du segment intestinal infarci, l'auteur fait pratiquer une injection intra-musculaire de 1 milligramme d'adrénaline. Quelques secondes après l'injection, il assiste à la revitalisation progressive et rapide de l'intestin. La malade, quinze jours plus tard, était complètement guérie.

La revitalisation de l'anse infarcie quelques minutes après l'injection a été souvent constatée et il est difficile de ne pas accorder à l'adrénaline la place qu'elle mérite dans le traitement des infarctus de l'intestin. MM. Jean Gosset et Patel ont reproché à ce médicament de relever la tension artérielle par une augmentation de la résistance périphérique qui diminue le débit sanguin déjà réduit et préfèrent employer un antispasmodique vasculaire tel que la papavérine ou l'atropine. Néanmoins, les faits favorables à l'adrénaline demeurent.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

❖ ❖ ❖

UNE VISITE A L'INSTITUT FRANÇAIS POUR L'ÉTUDE DES PROBLÈMES HUMAINS

De fondation toute récente puisque c'est une loi du 17 novembre 1941 qui lui a donné l'existence, la Fondation française pour l'étude des problèmes humains, siège 20, rue de la Baume à Paris.

Aux deux étages supérieurs de cet immeuble, une vaste suite de halls, de bureaux, de salles d'archives et de bibliothèques, constitue un ensemble favorable au travail. Par les larges baies entrent beaucoup de lumière et peu de bruit. Ainsi les censeurs de notre monde moderne se trouvent-ils, au cœur même de Paris, reclus dans une ambiance qui les met au contact des conditions naturelles de l'homme et en posture de mieux déceler les manquements de notre civilisation.

Il faut compter au nombre des mérites du Gouvernement français le rare discernement dont il a fait preuve ici. On ne sait, en effet, dans un pays à refaire de fond en comble comme le nôtre, lequel était le plus urgent : ou, ayant créé cette Fondation d'aller chercher Carrel pour la lui confier, ou, disposant d'un homme comme Carrel, de créer cette Fondation pour lui fournir l'outil de travail nécessaire. « L'homme qu'il fallait à la place qu'il faut », la formule a reçu rarement plus évidente application.

Reconnue d'utilité publique, la Fondation reçoit de l'Etat une subvention dont l'emploi et la gestion sont contrôlés par un Comité financier. Ainsi, la direction administrative est entièrement séparée de la direction technique qui se consacre exclusivement à son rôle de recherches.

Aux côtés du Régent, deux vice-régents partagent avec lui la tâche de mettre sur pied d'abord et de diriger ensuite, cet important centre d'études.

Ce sont :

Le Docteur Gros médecin-conseil de pathologie du travail et d'hygiène industrielle de la Mutualité, membre du Comité consultatif d'hygiène de France, qui, depuis plusieurs années, a souvent exposé à nos lecteurs le programme et les perspectives de la médecine du travail.

M. Missenard, ingénieur, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, particulièrement versé dans l'étude des problèmes économiques et sociaux du moment.

Enfin, le secrétaire général est le Docteur Menetrier, autre spécialiste des questions médico-sociales, médecin-directeur du commissariat à la lutte contre le chômage.

Enfin trois administrateurs : MM. Chesneau de Leyritz, directeur des assurances privées au ministère des Finances, Guivier, industriel et Lombard, ingénieur, complètent le Comité de direction.

Diverses équipes sont dès à présent créées et confiées à des chefs responsables :

— Développement de l'enfant ;
— Nutrition ;
— Pathologie humaine et animale ;
— Travail ;
— Habitat ;
— Population ;
— Production ;
— Economie rurale ;
— Organisation sociale ;
— Politique économique et financière ;
— Pédagogie ;
— Typologie ;
— Colonisation ;
— Information, enquêtes et documentation.

Dans ces diverses équipes se répartissent des hommes choisis pour leur compétence particulière et qui, unis dans une même foi et une volonté commune de faire œuvre utile, tirent le maximum d'efficacité du travail en équipes. Chaque enquête est attribuée à l'équipe compétente, qui rassemble des matériaux, propose une solution expérimentée. Celle-ci est transmise au Comité de direction et étudiée séparément par les membres de ce Conseil qui se concertent ensuite, en discutent, confrontent leurs points de vue. Ainsi de proche en proche le travail de plusieurs se fond en un seul et la diversité aboutit à l'harmonie.

On a souvent reproché à la France de ne confier les postes de commande qu'à des hommes désabusés ; on a dit que nos institutions étaient lentes et timorées, qu'elles redoutaient toute innovation et rétrécissaient tous les points de

vue. La Fondation française de la rue de la Baume, échappe à ce reproche par son objet même, si nouveau et si vaste que ses premiers efforts devront viser à se tracer un plan de travail ; et aussi par ses dirigeants dont la plupart n'ont pas atteint la quarantaine. L'on peut donc beaucoup en attendre : elle ne décevra pas la curiosité qui l'avait accueillie à sa naissance.

***

L'on peut beaucoup en attendre ; et déjà l'on commence à beaucoup lui demander. Collectivités publiques, administrations, personnalités de l'industrie où de la science exposent leurs difficultés ou leurs incertitudes et sollicitent des suggestions. Rien n'est plus explicable dans un temps qui pose à la fois et impérativement d'innombrables « problèmes humains ». Il y a les problèmes d'aujourd'hui, les plus urgents, mais sans doute aussi les plus limités. Ils gravitent autour de l'état de guerre, moment sinistre mais après tout, temporaire : l'homme pâtit et autour de lui tout s'arrête peu à peu, stagne, se paralyse, attend. Les grands problèmes sont *ceux de demain*, lorsque naîtra le monde nouveau, si dénué de tout et qu'il faudra pousser en avant pour qu'il marche.

Tous ceux qui se soucient du destin de leurs semblables, l'actuel et le futur, ont donc des questions à poser à la Fondation Française qui s'est généreusement assigné la tâche la plus vaste qu'on puisse entreprendre en faveur de l'homme. Les uns demandent comment constituer, malgré la disette, une ration alimentaire suffisante en quantité et qualité. Ceux-là appréhendent le lendemain de la guerre pour des milliers d'ouvriers d'industrie.

Certains problèmes ne sont humains que parce qu'ils posent une question en connexion plus ou moins lointaine avec les besoins de l'homme, mais la vie et le développement des animaux domestiques et des produits du sol font partie intégrante du milieu et de l'existence humaine.

Tous ceux qui, sur un plan ou un autre, ont endossé une responsabilité vis-à-vis de leur prochain, la sentent peser lourd à leurs épaules et cherchent autour d'eux les plus aptes à les conseiller. Beaucoup déjà, sont venus rue de la Baume, sur la seule annonce que Carrel s'y trouvait. Et nous avons été surpris, lors de notre visite, d'y trouver à la fois une installation matérielle très loin d'être achevée et déjà une activité d'entreprise en plein fonctionnement.

Les problèmes sociaux, si vastes soient-ils, ne sont cependant pas les seuls que puisse se poser (ou se laisser poser) une Fondation consacrée à l'étude des problèmes humains.

L'homme, en tant qu'individu physique et moral, en tant qu'élément de la cellule familiale, en tant qu'unité d'une collectivité sociale ou nationale, celui enfin que Carrel a appelé l' « Inconnu », cet homme là pose aussi des questions et ce sont sans doute les plus troublantes. A faire tomber le masque et percer le mystère, ou du moins, commencer de le percer, l'Institut consacrera aussi une part de son travail. Et ici, par le moyen concret de la recherche scientifique et l'expérimentation, il rejoindra les spéculations des penseurs, des philosophes et des religieux.

On sait avec quelle largeur de vues Carrel, dans son livre, a exposé sa position vis-à-vis de ces problèmes. Physiologiste et familier avec les rouages les plus ténus de l'organisme, il admet qu'il en existe d'autres, inconnus de tous. Pour la seule raison que ces rouages sont possibles, il faut réserver cette possibilité et ne rien nier *a priori*. Particulièrement expert dans les modes d'édifications des tissus, il admet que ces modes soient sous certaines influences perturbés par une sorte d'anarchie constructrice et que des faits inexplicables peuvent se produire. Examiné sous cet angle, l'homme est un indéfini sujet d'études ; les techniques biologiques auront à s'efforcer de suivre les méditations des penseurs, les intuitions des mystiques. Toute une discipline philosophique sera à concrétiser où la science expérimentale reprendra en sous-œuvre, pour leur donner forme et autorité les plus vieilles aspirations du cœur humain.

Et puisque la Fondation française pour l'étude des problèmes humains commence en ce moment sa carrière, souhaitons-là, pour elle et pour nous, fructueuse. Elle naît dans une France esseulée parmi un univers hostile, et si affaiblie qu'elle n'aurait pas trop de toutes ses ressources pour veiller à son salut. Mais ce salut exige précisément de ce pays de ne pas se montrer égoïste ni indifférent aux problèmes universels. Personne ne reconnaîtrait plus une France qui prendrait un tel visage, et l'on s'étonnerait de ne plus retrouver les pas de la France par les voies royales qui mènent aux idées neuves.

C'est pourquoi la Fondation Française pour l'étude des problèmes humains acquiert à l'heure qu'il est la valeur d'un symbole. Auréolée du nom prestigieux de son régent, animée par une poignée d'hommes qui n'ont renoncé à la grandeur ni dans leurs conceptions ni dans leurs volontés, la Fondation est à l'image de la nouvelle France.

Pour être plus sûr de ne pas se laisser déborder par les difficultés actuelles, elle se trace dès maintenant des devoirs pour demain.

C'est en les choisissant grands qu'elle prépare et assure sa propre grandeur.

G. LAVALÉE.

LES CONCEPTIONS CORPORATIVES ACTUELLES

A la recherche d'une doctrine pour une véritable corporation médicale.

La constitution future du pays sera d'essence corporative, nous ont promis maintes fois les plus hautes autorités de l'Etat. Mais quelle notion revêt exactement ce mot qui fait fortune et tient lieu souvent d'idées ? Il est courant que chacun y apporte ce qu'il désire y trouver et, sous une apparente et verbale unité, toutes les oppositions, les contradictions d'autrefois sont aisément décelables. Faire la synthèse des traditions françaises, des expériences étrangères, des données actuelles et de nos réalités propres, en un mot « créer l'exemple français », pour cela fonder l'unité de doctrine, l'enseigner aux futurs cadres corporatifs, la mettre en œuvre dès qu'il se pourra, tel est le vaste et multiple objet auquel se consacrera l'Institut d'études corporatives et sociales, qui nous conviait le 21 janvier dernier à une solennelle séance inaugurale.

A vrai dire, inauguration est impropre en l'espèce, s'agissant d'un Institut dont l'action remonte à 1934. Ce serait bien plutôt d'une investiture officielle qu'il faudrait parler, le Chef de l'Etat ayant personnellement chargé ses dirigeants de cette œuvre doctrinale dont l'esprit, animant les textes de notre future Constitution, s'inspirera des principes posés par lui dans ses messages successifs.

A l'aube d'un travail qu'on veut espérer fécond il ne peut être question de puiser dans les propos tenus à cette assemblée, si qualifiés qu'en aient été les auteurs, ce corps de règle qui doit être justement le fruit longuement mûri du nouvel Institut. Mais ce que nous pouvons dès maintenant utilement rechercher, ce sont les bases de départ et les points de direction que se sont assignés ces ouvriers de la première heure du corporatisme. Cette tâche vient à son heure dans le domaine médical, exclu de son champ par la Charte du travail, où l'on s'aperçoit un peu plus chaque jour que le problème corporatif n'est que partiellement et provisoirement résolu par la création d'un Ordre des médecins.

***

Les thèses développées par M. le Professeur Mestre ne méritent guère qu'on y insiste, si communément répandues qu'elles sont. La loi de 1884 créant les syndicats n'a point entièrement réparé l'erreur de la loi Le Chapelier. Les syndicats sont restés l'œuvre de « libéraux mal repentis ». Privés des pouvoirs nécessaires à la représentation de la profession, ils avaient acquis par contre cet esprit de revendication qu'il faut bannir d'un régime d'idéal communautaire.

Notons, parce que plus rares et plus courageux, les hommages rendus par M. Felginne, maître de conférence audit Institut, à l'œuvre accomplie malgré tout par un syndicalisme imparfait dans un milieu souvent hostile. « Il s'agit bien moins, nous dit-il, d'une mutation que d'une évolution du syndicalisme d'antan qui, de lutteur doit devenir constructif et organisateur. C'est à cette tâche que doit s'atteler le meilleur de ses anciens militants ». L'absence de cette continuité pourtant nécessaire, un hiatus de plus d'une année dans l'évolution professionnelle, telles sont peut-être, dans le cas médical, les sources principales d'un malaise qu'il serait vain de nier.

De telles critiques ne sont point du reste particulières au domaine médical. M. Gignoux, conseiller national, reconnut volontiers (et nous en prenons acte) le caractère *fragmentaire* et *provisoire* de la structure actuelle de notre économie, où l'on cherche en vain le pur dessin du corporatisme idéal. Aucune liaison véritable et féconde n'existe encore entre l'*économique*, représenté par les Comités d'organisation, et le *social* qui relève des organismes prévus par la loi sur la Charte du travail, (elle-même au reste simple loi de transition). Ces organismes restent encore à créer, et leur but limité n'est que de préparer l'avènement de l'Ordre corporatif de demain. Cet Ordre naîtra de l'*interprétation, de la conjugaison permanente de l'économique et du social.* L'économie ainsi organisée sera au service de la communauté sous la tutelle de l'Etat, car l'égoïsme professionnel est aussi nuisible que l'égoïsme individuel. Mais cette tutelle *n'implique pas une étatisation*, c'est-à-dire une direction effective et détaillée. Dans le cadre de la communauté nationale, la profession se gèrera librement. Il appartiendra seulement à l'Etat de fixer des ordres d'urgence et des hiérarchies.

Dans cette structure générale de la corporation de demain applicable avant tout à la grosse industrie, la médecine peut certes retrouver des données communes. Mais nous nous sentons plus proche d'elle, en étudiant avec M. Boyé, directeur à la Production industrielle, le régime propre à l'*artisanat.*

Confondant sur une même tête les fonctions de direction et d'exécution, possesseur d'une technique, d'un art dont la preuve préalable sera sans doute prochainement exigée, l'artisan est, en effet, sur le plan économique, extrêmement proche du médecin. L'œuvre à accomplir, œuvre de qualité à la fois personnelle et diverse, est,

bien plus qu'une commerciale âpreté au gain, le mobile principal de son activité. Par là même, l'artisanat, si conforme au génie français, constitue une classe sociale qu'il est important de défendre, de sauvegarder, de développer même en la dotant d'une organisation corporative et communautaire propre. A ces communautés, il faudra des cadres que le nouvel Institut est chargé de former.

Apportant une conclusion à ces divers exposés, le Directeur dudit Institut nous affirma que le corporatisme, en qui l'on fonde de si grands espoirs, était capable de les réaliser et d'opérer la reconstruction qu'on lui demande. Mais il importe de ne point le confondre avec le régime actuel de l'économie, construction de première urgence, comme telle provisoire et administrative. On ne saurait donc juger le corporatisme sur les résultats obtenus. Il faut avoir la patience d'attendre, pour exercer ce droit de critique, que, sous l'impulsion spontanée des professions elles-mêmes, une âme ait été peu à peu donnée à ce cadre légal et que cette âme se soit incarnée dans des chefs nouveaux.

* * *

De ces éléments de doctrine et de pensée officielles, il est temps maintenant de dégager les idées qui convergent et se complètent et d'en tirer enseignement quant à la future corporation médicale.

Les institutions actuelles sont de caractère fragmentaire et provisoire. La structure définitive du pays n'est encore qu'esquissée. *L'Ordre des médecins n'est donc pas plus la corporation médicale* que le Comité du textile n'est la Corporation du textile.

L'Etat, tout en posant le cadre et en réservant son droit de contrôle, a besoin de l'action créatrice des professions ; il compte sur leurs cadres, anciens et nouveaux, pour faire venir à terme la corporation et lui donner âme, chefs et lois. *Il appartient donc au Corps médical de bâtir de ses propres mains*, pour répondre à l'appel même de la pensée gouvernementale, *une corporation à sa mesure.*

L'artisan exerçant son art pour son compte constitue non pas une simple survivance condamnée, mais une forme d'activité spécifiquement française qu'il y a lieu de protéger par l'institution de communautés spéciales. *L'exercice de l'art médical*, comme de toute autre profession libérale, présente de telles similitudes avec l'artisanat, qu'*il doit bénéficier d'une protection analogue* contre les concurrences économiques mortelles qu'il subit de longue date. Cette protection sera le fait d'une communauté médicale, garantissant à ses membres l'indépendance que leur art exige et se gardant de substituer au fonctionnarisme d'Etat un fonctionnarisme corporatif.

Le corporatisme sera une réalité le jour où l'économique et le social, loin de s'opposer, se seront définitivement unis sur un plan supérieur *La corporation médicale devra elle aussi réaliser cette alliance intime*, sans qu'il nous soit possible encore aujourd'hui d'en prévoir les formes. Ce qui nous incombe dès maintenant par contre, c'est de nous efforcer de donner à l' « économique » et au « social » leur sens médical.

Est *économique* ce qui concerne l'organisation matérielle de la médecine, l'équipement, l'outillage sanitaire du pays, l'institution de centres de diagnostic, le fonctionnement des hôpitaux et des cliniques (ce que d'autres avant nous ont appelé « la production des soins »). Est économique encore, ce qui touche au financement de la médecine par le malade, l'assistance, l'assurance-accident ou l'assurance-maladie (ce que l'on a nommé de manière non moins malheureuse la « consommation des soins »).

Le *social*, sous l'angle médical, n'est point, comme on tendrait à le croire, l'aspect particulier que revêt la médecine propre aux assistés sociaux. Il s'agit tout simplement, tout uniment, de reconnaître une fois pour toutes que le Corps médical est un organe et non des moindres du corps social, de la communauté française, que les hommes qui le composent vivent et doivent vivre dignement de l'exercice de leur art, et qu'il est légitime qu'ils aspirent à y occuper la place convenant à leur mission.

Du rôle économique et du rôle social, qui donc aujourd'hui est chargé ? L'Ordre sans doute, mais à la manière d'un administrateur provisoire, d'un régent qui traite des affaires courantes, mais craint les grands problèmes pour lesquels il ne se sent ni doctrine, ni compétence, ni mandat. L'aspect primordial de sa mission juridictionnelle et disciplinaire apparaît si nettement qu'une loi récente n'avait point hésité par une malencontreuse inadvertance (?), à lui ôter même la temporaire « garde des intérêts » qui lui avait été jusqu'alors attribuée. Cette « erreur » aujourd'hui réparée, jointe sans doute aux lacunes évidentes de son action défensive, n'a pas manqué de susciter à l'Ordre un coadjuteur zélé en la personne vénérable de l'Académie de médecine et de son nouveau vice-président.

Il est certes opportun qu'en ces temps difficiles, les bonnes volontés se complètent et que les médecins puissent, même par des voies imparfaites, exprimer leur avis. Mais à ces volontés qui se complètent en s'opposant, à ce corps à deux têtes et mal charpenté, il *dépend de vous*, lecteur, de substituer cette communauté supérieure où la science et l'économique, le disciplinaire et le social seront organiquement représentés, mais intimement unis, et qui permettra à la médecine d'entrer la tête haute dans la nouvelle communauté française.

Jean MIGNON.

« LA MÉDECINE DU TRAVAIL »

Par le Docteur A. Gros

Médecin-Conseil de pathologie du Travail et d'Hygiène industrielle de la Mutualité
Membre de la Commission d'hygiène industrielle (Secrétariat d'Etat au Travail)
et du Comité consultatif d'hygiène de France, section d'hygiène industrielle et de médecine du travail
(Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé)

et le Docteur Jourdan-Laforte

Médecin-Conseil de pathologie du Travail et d'Hygiène industrielle

(*Suite*)

La médecine du Travail progresse-t-elle dans la construction sociale de notre pays ?

Dans le cadre de cet article, trop court pour un sujet si vaste, nous ne pouvons détailler les résultats déjà obtenus. Citons-en simplement les principaux :

— *Au Secrétariat d'Etat au Travail,* une Commission d'hygiène industrielle existait depuis plusieurs années. En septembre 1939, une Commission de sécurité du Travail a été créée. Celle-ci a mis au point en juin 1940, la « Recommandation des services médico-sociaux du Travail » ;

— D'autre part, « le décret du 4 août 1941 » a rendu obligatoire dans chaque usine, l'existence d'*un Comité de sécurité* qui comprend dans sa composition, le médecin ;

— La loi du 31 octobre 1941, a créé l'inspection médicale du Travail dans le cadre du secrétariat d'Etat ;

— Enfin, la Charte du Travail insiste à plusieurs reprises sur l'intérêt du facteur humain ;

— *Au Secrétarial d'Etat à la Famille et à la Santé,* une section de médecine du Travail et d'Hygiène industrielle, en liaison étroite avec le secrétariat d'Etat au Travail, a été créée par un décret du 25 août 1941, dans le cadre du Comité consultatif d'hygiène de France ;

— *Enfin, au Secrétariat d'Etat à la Production,* conseillés dans ce sens, de la façon la plus nette par le secrétaire d'Etat, les principaux comités d'organisation se sont assuré, comme nous l'avons dit, la collaboration de médecins-conseils : Comités d'organisation de l'Automobile, des Textiles artificiels, de la Sidérurgie, des Explosifs et Artifices, des Houillères..., des industries du goudron de houille, benzols et dérivés, etc... La plupart des autres Comités d'organisation sont, à ce sujet, dans la voie de la réalisation, ayant compris l'intérêt de l'organisation médico-sociale de la profession qu'ils représentent actuellement, préparant ainsi la mise au point de l'un des chapitres essentiels de la Charte du Travail ;

— De plus, les Compagnies d'assurances commencent à comprendre l'intérêt direct que présente pour elles une médecine du Travail bien organisée, diminuant le nombre et la gravité des accidents de travail et des maladies professionnelles ;

— *Les Assurances sociales* également, s'orientent dans ce sens et notamment l'un de nous a mis au point depuis 1938, un service d'étude et de prévention médico-sociale du Travail dans le cadre de la Caisse primaire d'Assurances sociales de la Fédération mutualiste de la Seine (facteur travail par rapport à la morbidité générale).

Enfin, les services médico-sociaux se multiplient, soit services d'entreprises, soit services inter-entreprises, non seulement dans la région parisienne, mais également en province.

Les résultats déjà obtenus par la Médecine du Travail sont tels que son évolution rapide et progressive est certaine dans le cadre des Pouvoirs officiels et de l'Industrie.

La Médecine du Travail et les médecins-traitants.

Nous avons déjà insisté au cours de cet article, sur le fait suivant : le médecin du Travail et le médecin-praticien n'ont pas une activité qui se concurrence. Au contraire, dans l'intérêt de la Santé publique, leur collaboration confiante, dans un esprit d'équipe, est nécessaire. Actuellement, l'un de nous participe aux travaux d'une Commission réunie au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, présidée par M. le Professeur Leriche, pour mettre au point progressivement, les règles de déontologie qui doivent régir la médecine du Travail, en tenant compte de l'intérêt général et des intérêts réels de la Corporation médicale.

Dès maintenant, il est bien évident que la création d'un véritable service médico-social du Travail ne lèse nullement les praticiens, mais représente au contraire pour eux un intérêt direct par les malades dépistés au cours d'examens d'embauche ou des examens de santé et qui leur sont adressés.

D'autre part, le médecin du Travail, loin d'entraver la tâche du praticien, peut lui être très utile en lui transmettant les résultats des analyses ou des examens radiologiques qu'ont nécessités les examens médicaux d'embauche et de

santé... Ainsi peut être réalisée, par une collaboration efficace, de la « belle médecine ».

Enfin, si le médecin du Travail donne son activité à « temps complet », il n'exerce pas en dehors de sa spécialité. Si son rôle est « à mi-temps », il ne doit pas traiter les malades de l'usine.

La Médecine du Travail et les jeunes médecins.

Il est encore un point sur lequel nous voudrions insister : c'est l'intéret que présente la Médecine du Travail pour les jeunes médecins.

Elle s'offre à eux comme un débouché leur permettant d'exercer rapidement *une activité efficace vivante et scientifique,* grâce à l'outillage mis à leur disposition. Etant donné le nombre des travailleurs, il est facile de calculer que la France aura besoin, dans un proche avenir, de 3 à 5.000 médecins-conseils du Travail. Depuis plusieurs années déjà, un grand pays d'Europe en possède 26.000.

Le champ ainsi ouvert aux chercheurs est immense. La pathologie industrielle est pleine encore d'inconnues. Que de recherches à faire encore sur les toxiques industriels, sur la physiologie de l'homme, de la femme et du jeune au travail, sur l'alimentation par rapport à l'effort...

Pour être un bon médecin du Travail, il faut aimer ce métier souvent dur et pénible, et s'intéresser aux ouvriers. Cette activité médicale n'est pas un « fixe » ou une retraite. Elle demande au contraire une grande dépense d'activité physique, une spécialisation poussée, à la fois technique et psychologique.

Pour s'orienter vers elle, il faut avoir la conviction des lourdes responsabilités que l'on accepte : celles du facteur humain dans le cadre d'une entreprise, d'un groupe d'entreprises, d'une profession, des professions.

Le médecin du Travail est un « ingénieur-main d'œuvre ».....

Cette spécialisation, qui accorde de si grandes joies à ceux qui la pratiquent réellement, c'est-à-dire totalement, ménage enfin de belles situations matérielles *pour ceux qui réussissent, mais pour ceux-là seulement.*

Toutes ces notions brièvement exposées sont comprises par un nombre croissant de médecins. Quel encouragement pour nous d'avoir entendu récemment, M. le Professeur Harvier, dans sa magnifique leçon inaugurale de l'Hôpital Cochin, parler de la médecine sociale et notamment de la Médecine du Travail, comme il l'a fait.

Sur dix jeunes confrères sortant des facultés, quatre peuvent et doivent faire leur carrière dans la médecine sociale. En effet, indépendamment de la Médecine du Travail, toutes les activités médico-sociales de prévention exigent de plus en plus de technique , c'est-à-dire de spécialisation, de temps et de foi : maternité, enfance (*inspection médicale scolaire*), sports et notamment gymnastique, alimentation, hygiène générale (en particulier épidémiologie et tuberculose), service des recherches scientifiques.

Ainsi sera résolu totalement le problème du « facteur humain », dans chaque tranche de vie.

La profession médicale sera alors organisée. Elle comprendra ses diverses branches :

— thérapeutiques (hôpitaux et médecins traitants) ;

— recherches scientifiques (laboratoires et hôpitaux) ;

— sociales (prévention dans le domaine de l'enfance, du travail... de la vie).

Pour jouer à nouveau le rôle humain que la Médecine n'aurait jamais dû voir diminuer, mais augmenter dans une période d'évolution sociale, cette Médecine doit suivre une courbe parallèle à cette évolution, en s'efforçant d'adapter la civilisation moderne à l'homme et le plus souvent l'homme à la civilisation moderne. Mais pour envisager un tel programme, il faut témoigner d'un certain désintéressement et disposer d'un esprit largement ouvert aux réalités et à l'avenir, et surtout avoir la foi.

FRÉQUENCE ET NATURE DU CANCER DANS LES GRANDES VILLES DU GLOBE

Au cours du Congrès qui s'est tenu à Mexico en 1933, l'Institut International de statistique a chargé un comité dirigé par le Docteur W. Böhmert d'établir la statistique de la mortalité par cancer dans les grandes villes du globe.

Elle porta sur trente-trois pays, et sur une population totale de cent quarante millions.

Nulle part n'existe une différence dans la mortalité entre les femmes et les hommes. Chez les femmes la mortalité est maxima entre cinquante et soixante ans ; chez les hommes au delà de soixante ans.

La mortalité totale due au cancer, à partir de l'âge de 40 ans, est de 65 pour 10.000 en Nouvelle Zélande ; un peu inférieure à 40 en Grande-Bretagne ; aux environs de 30 au Japon ; inférieure à 10 en Egypte et dans l'Inde.

Le cancer du tube digestif trouve son maximum de fréquence au Japon où la population est particulièrement végétarienne ; il est moins fréquent chez les Anglo-Saxons, lesquels ont un régime à prédominance carnée. Le cancer du sein est fréquent en Europe occidentale et rare au Japon où, au contraire, le cancer de l'utérus est beaucoup plus commun.

(*Medicina Espanola,* novembre 1941).

LE CARNET A SOUCHES DU MÉDECIN....
CONTROLE ILLUSOIRE, AMORAL ET ANTISOCIAL...

Le Carnet à souches vient de nous être imposé par le Fisc... C'est la loi, *Dura lex, sed lex*; la loi doit être observée... Aussi n'est-ce point en manière d'insurrection que j'ai donné à cet article un titre à allure péremptoire, mais simplement parce qu'il est nécessaire de mettre les choses au point.

Il est des vérités premières qu'il importe de mettre en lumière pour éclairer ceux qui ne veulent rien voir, et avertir ceux qui se refusent à entendre ; en voici quelques-unes :

1° Notre profession médicale n'est comparable à aucune autre profession, qu'on le veuille ou non. Elle comporte des droits et des devoirs qui ne sont ni rentables, ni monnayables, ni même appréciables d'aucune règle mathématique, ni fiscale ;

2° *Le Fisc a le droit de savoir ce qu'on nous paie.* Ceci est indéniable, car il a le droit de nous appliquer l'impôt sur les revenus professionnels et, partant, de connaître lesdits revenus. Il est donc fondé à rechercher la meilleure manière de les tenir pour exacts, et ne saurait mieux faire qu'en étudier les modalités avec les concours des intéressés eux-mêmes ;

3° *Le Fisc émet la prétention de savoir qui nous paie, mais pour contrôler qui nous paie, il doit rechercher et connaître qui ne nous paie pas.* C'est le corollaire obligatoire ; or, *si la première prétention est déjà plus que discutable, la seconde est absolument inadmissible.* Le Fisc n'a nullement à connaître qui ne nous honore pas... ceci ne le regarde pas. Exemple : J'ai dix malades à ma consultation, j'en ai quatre que, pour des raisons que je n'ai pas à expliquer, je dispense de me payer... Le Fisc n'a pas à les connaître... et comment les connaîtrait-il, sans le leur demander ? Où peut être le contrôle dans de telles conditions ?

4° *Le médecin n'a pas le droit de déclarer qui paie ou ne paie pas, sans l'autorisation absolue de son client* ;

5° *Le malade, qui paie ou ne paie pas, a le droit absolu au respect de notre silence et de notre charité.* Personne ne peut lui contester ce droit, pas même le Fisc.

Mais, dira-t-il, c'est la raison pour laquelle on ne peut exiger un nom, ni sur le Livre-Journal, ni sur le Carnet à souches, ni sur les reçus, et pour laquelle ne peuvent être exigés que des numéros.

Voilà bien pourquoi je déclare que le Carnet à souches est une mesure illusoire. A part les numéros qui correspondraient à des actes médicaux officiellement effectués, le médecin n'y portera que qui voudra ou qui il voudra, sans aucune explication possible ! Puisqu'on ne peut mettre aucun nom, ce qui serait contraire au secret professionnel, puisqu'on ne peut donner aucune explication, sans risquer de dévoiler ce que l'on a le devoir strict de taire, puisqu'un contrôle effectif est rendu de ce fait impossible pratiquement, nous obliger à un tel *impedimentum* ne saurait être considéré que comme une mesure purement vexatoire.

Toute tentative du Fisc de nous obliger à une exigence de ce genre constitue un acte amoral et antisocial au premier chef, et ceci par la nature même de notre profession.

Nous faisons tous les jours actes de charité, bien plus nombreux qu'on ne le croit communément, je le dis sans orgueil, simplement parce que c'est la vérité. Nous la faisons, parce que nos fonctions nous mettent tous les jours dans le cas d'exercer notre altruisme et que nous ne sommes pas cuirassés au point que la misère et la douleur humaines nous aient laissés définitivement insensibles. Il n'est pas un *médecin français digne de ce nom*, du plus humble au plus titré, du dernier des praticiens au plus renommé des Professeurs, qui ne pratique cette vertu théologale de la Charité au cours de chaque journée.

Mais le Fisc, dit-on, ne fait pas de sentiment... Je veux croire plutôt qu'il fait comme nous... S'il en fait, il ne le dit pas !... Eh bien la France se relève, après tant de jours si noirs ! Il lui faut en tout des constructions positives, débarrassées des anciennes utopies... Pour ce qui nous regarde, cherchons ensemble... C'est ce que M. le ministre de la Santé et M. le Président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins ont compris en intervenant dès qu'ils ont connu les décisions fiscales qui leur avaient été imposées sans les avoir consultés !

J'espère bien que leur intervention sera écoutée en haut lieu et qu'un mode plus pratique de contrôle de nos revenus professionnels sera trouvé et mis en pratique.

Que le ministère des Finances supprime ce Carnet malencontreux qui cherche à supplanter notre trousse !

Qu'il favorise nos déclarations d'impôts, en les ramenant à un taux raisonnable (8 à 10 % comme pour tout le monde) et en ne poussant pas à des fraudes quasi-explicables avec les taux de 16 à 18 % actuellement en vigueur ! Qu'il se souvienne que l'impôt excessif se tue lui-même !

Qu'il soit sévère pour les délinquants habituels et habitués !... Mais qu'à son tour, il soit lui aussi, un peu charitable à ceux qui le sont tant pour d'autres !

Dr Paul DURAND (Courville).

Variétés

❖ ❖

LES MORTS MYSTÉRIEUSES DANS LA LITTÉRATURE : MONCRIF EN LISANT LE « MAGASIN PITTORESQUE » (1)

Notre ami le Docteur Molinéry a fait à la Société d'Histoire de la Médecine, la communication intéressante suivante :

Or, un matin, l'auteur de l'*Art de Plaire*, La Place, reçoit un billet de son ami, Moncrif l'auteur de l'*Histoire des chats*...

Obsédé par une crise grave de mélancolie, Moncrif suppliait son ami de lui envoyer par le porteur quelques ouvrages amusants. La Place ne veut laisser ce soin à personne et va, lui-même, apporter quelques volumes choisis parmi les auteurs gais.

A peine introduit, La Place trouve son ami en conversation avec son perruquier à qui il vient de commander une belle perruque neuve et avec son tailleur qui vient de lui prendre mesure d'une robe de chambre en élégant taffetas. Les fournisseurs congédiés, Moncrif de dire à son ami : « Vous ne flairez pas quelque mystère ? Figurez-vous que ce matin, en m'habillant, mon valet de chambre m'a fait remarquer une tache noire sur ma jambe. J'ai aussitôt compris que c'était un signe de ma mort prochaine ». — « quelle extravagance » ! — Vous savez, mon cher ami, que j'ai une foi absolue en les pressentiments. En voyant cette tache, j'ai été sur le champ frappé de l'idée que je mourrais dans douze jours. Donnez-moi vos livres ; dans douze jours, je vous les rendrai ; je n'en aurai plus besoin ».

La Place, dit le narrateur à qui nous empruntons ce curieux récit, était interdit et parla de chimères...

« Vraiment ! chimères est fort bon », répartit Moncrif en riant.

Et l'auteur de l'Histoire des Chats fit part à son ami qu'il connaît un honnête curé avec lequel il va s'arranger ; qu'il a prié son médecin de venir, tous les jours, dîner avec lui, qu'il a mandé ses meilleurs amis de le venir voir avec leurs femmes pour rire et causer avec lui...

Personne ne manqua au rendez-vous.

Moncrif était de la plus heureuse humeur et si, au début, les invités ne savaient trop quelle contenance garder, au bout de quelques jours, « de bonnes vieilles histoires et de bons vieux vins chassèrent toutes les idées moroses ».

Si bien que La Place oubliait, tous les jours un peu, les pressentiments de son ami. Quand un soir, celui-ci lui parlant à l'oreille lui dit : Demain je vous retournerai vos ouvrages...

Le lendemain matin, un domestique en rapportant à La Place les livres prêtés, il y avait précisément douze jours, lui annonça en même temps la mort de Moncrif.

Les successeurs du Docteur Cabanès pourront-ils nous aider à élucider la cause de cette mort mystérieuse.

Mort subite ? Crime ou suicide ?

A notre avis et, en tenant compte de tous les détails qui ont précédé cette mort singulière avec prédiction du jour où elle s'accomplirait, nous sommes persuadés que nous avons affaire à un suicide, tel que l'Antiquité nous en a donné des exemples chez les stoïciens.

J. N.

ÉCHOS DE L'ÉTRANGER

Limitation de la culture de la coca.

En Colombie, en Bolivie, au Pérou et dans l'Equateur de nombreux paysans mâchent quotidiennement des feuilles de coca. Il en résulte un suicide lent de quelques millions d'indigènes et la ruine de vastes secteurs de territoire.

Des accords internationaux ont été projetés pour limiter la culture de la coca à la quantité nécessitée par les besoins pharmaceutiques mondiaux, soit 4 tonnes de cocaïne. Les arbustes supplémentaires devront être détruits.

Assurances contre la multiparité.

Une Compagnie d'Assurances américaine, probablement dans un but de publicité, assure contre ce risque et paye 500 dollars moyennant une prime de 15 ou 1.000 dollars pour une prime de 25.

La police doit être signée cinq mois au moins avant le terme, c'est-à-dire avant que la radiographie puisse révéler ce que contient exactement l'utérus.

(1) *Le Magasin pittoresque*, 1840, page 67.

Directeur-Gérant : G. Lavalée. Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise)

Les autorités allemandes ont fait connaître que ne seront considérés comme mineurs que les enfants nés après le 1er janvier 1922.

Formalités à remplir. — Les demandes doivent être présentées par le plus proche parent du prisonnier et remises au maire de chaque localité.

Constitution et transmission des dossiers. — Aux demandes ainsi formulées, les maires doivent joindre les pièces suivantes :

Déclaration bilingue ;
Un extrait du livret de famille ;
Un certificat de vie des enfants nés après le 1er janvier 1922, mentionnant leur date de naissance et leur filiation.

Ces pièces, établies sur papier libre, sont certifiées conformes par le maire et revêtues de sa signature et du cachet de la mairie.

Les maires transmettent les dossiers ainsi constitués :

Pour la zone non occupée, au général, directeur du service des prisonniers de guerre, à Lyon ;
Pour la zone occupée, au sous-directeur, chef du service des prisonniers de guerre, à Paris.

L'attention des familles est attirée sur le fait que, pour le moment :

1° Les militaires de carrière ne peuvent pas bénéficier de ces dispositions, sauf ceux qui avaient quitté le service actif avant la mobilisation ;

2° Les dossiers, transmis aux autorités allemandes, pour les soutiens de famille non encore rapatriés, suivent leur cours, et qu'en conséquence il ne peut être donné suite à aucune réclamation.

IV. — Rapatriement des prisonniers de guerre, blessés ou malades, reconnus inaptes pour au moins un an.

En exécution des dispositions des articles 68 et 69 de la convention de Genève du 27 juillet 1929 relative au traitement des prisonniers de guerre, les autorités allemandes et françaises se sont mises d'accord pour rapatrier les prisonniers de guerre français, blessés ou malades, reconnus inaptes au service militaire pour au moins un an.

Cette inaptitude est soumise à la décision d'une Commission médicale.

Si le prisonnier de guerre n'a pas été désigné par le médecin du camp pour être présenté devant la Commission médicale, il doit en faire lui-même la demande à ce médecin, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'homme de confiance du camp.

V. — Rapatriement du personnel sanitaire.

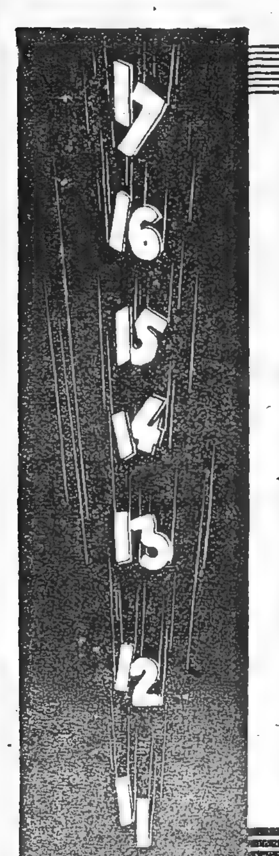
Conformément à la convention de Genève sur l'amélioration du sort des blessés et malades dans les armées en campagne, les autorités allemandes ont décidé le rapatriement du personnel exclusivement affecté à l'enlèvement, au transport et au traitement des blessés et malades, ainsi qu'à l'administration des formations et établissements sanitaires actuellement en Allemagne et en territoire occupés.

Toutefois, en vertu d'un droit ouvert par la même convention, les autorités allemandes conservent dans les camps et les hôpitaux le personnel sanitaire indispensable aux soins des prisonniers de guerre français.

Voici les conditions dans lesquelles il est possible de justifier de la qualité de sanitaire :

Premier cas :

Membres du personnel sanitaire qui sont porteurs de leurs pièces d'identité de sanitaire établies avant l'armistice, c'est-à-dire : carte d'identité pour les



officiers d'active ; carte d'identité de sanitaire délivrée par les directeurs régionaux du Service de santé pour les officiers de réserve ; livret individuel pour les sous-officiers et hommes de troupe :

Aucune démarche n'est à faire en ce qui concerne les sanitaires de cette catégorie.

Cependant, il est nécessaire que leur rapatriement puisse être contrôlé ; les familles devront, à cet effet, signaler ceux des sanitaires encore retenus dans les camps de prisonniers :

1° Au secrétariat d'Etat à la Guerre (direction du personnel) (avec la mention : infanterie, cavalerie et train, artillerie, génie, troupes coloniales), Royat, selon l'arme à laquelle appartient l'intéressé ;

2° Au secrétariat d'Etat à la Guerre (direction de l'intendance), Vichy ;

3° Au secrétariat d'Etat à l'aviation, Vichy ;

4° Au secrItarïat d'Etat à la marine (direction centrale du Service de santé, bureau administratif de santé), 2-P, hôtel du Helder, Vichy.

quand il s'agit d'un infirmier, d'un brancardier ou d'un conducteur sanitaire de corps de troupe ;

5° Secrétariat d'Etat à la Guerre (direction du Service de santé), Royat, quand il s'agit d'un militaire appartenant à un organe ou une formation sanitaire rattaché à cette direction.

Les renseignements suivants devront être fournis :

Nom, prénoms, date de naissance :

Adresse complète de l'intéressé en captivité (numéro matricule, camp et, éventuellement, kommando) ;

Formation ou organe militaire auquel il appartenait au moment de sa capture.

Pour les sous-officiers et hommes de troupe (y compris les médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires), il y aura lieu d'ajouter aux renseignements ci-dessus l'indication :

a) De la section d'infirmiers militaires à laquelle étaient affectés ceux qui accomplissaient leur service ;

b) De la section d'infirmiers militaires qui a mobilisé ceux qui étaient réservistes.

Deuxième cas :

Membres du personnel sanitaire qui ne sont pas en possession de leurs pièces d'identité de sanitaire :

Les attestations de la qualité de sanitaire établies après l'armistice qui ont été adressées aux militaires maintenus dans les camps, soit par les familles des intéressés, soit par une administration française, ne sont pas reconnues valables par les autorités allemandes.

Afin de permettre aux intéressés de faire la preuve de leur qualité de sanitaire les familles sont invitées à se conformer aux indications suivantes :

Elles doivent adresser la demande d'attestation aux mêmes autorités, aux mêmes adresses et suivant les mêmes modalités que celles prévues dans le premier cas ci-dessus.

Les renseignements qui devront être fournis sont les mêmes que ceux énumérés pour le premier cas ci-dessus.

A la demande seront jointes, dans la mesure du possible, en original ou en copie conforme, toutes les pièces diverses que les familles peuvent posséder : certificat de présence au corps, certificat de bonne conduite, diplôme de caducée, etc.

....

(*J. O.* du 12 février 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Les Etats généraux de la médecine pour la zone occupée. — L'offensive fiscale et les médecins berckois. — Santé publique et Institut sanitaire des Assurances sociales. — Les cotisations aux allocations familiales sont des charges professionnelles. — Le respect des droits des médecins prisonniers. — Les nouveaux membres du Conseil de l'Ordre.

Faisant pendant à la Conférence d'Aix, une réunion des présidents des Conseils départementaux s'est tenue à Paris le 25 janvier dernier sous la présidence de M. Serge Huard. Nous ne reviendrons pas sur les déclarations officielles qui y furent faites tant par le Secrétaire d'Etat à la Santé que par le Professeur Leriche, car elles ne font que reproduire des thèses déjà exposées.

Ce qui par contre mérite une mention toute spéciale, fut le dépôt par le Professeur Mauriac d'un cahier de désiderata qui recueillit les signatures de la presque totalité des délégués des Conseils départementaux de la zone occupée. Un referendum aussi vaste permettant de dégager l'ensemble de l'opinion médicale sur les problèmes de l'heure est un document trop rare pour qu'il n'y ait pas lieu de s'y attarder quelque peu.

En fait la majorité des Conseils départementaux réclame le droit pour l'Ordre de se réglementer lui-même sous le contrôle de l'Etat — la consultation préalable du Conseil supérieur et des *Conseils départementaux* avant toute décision importante quant à l'organisation de la profession, avec création *de comité consultatifs élus* dans chaque département — l'élimination des métèques — le *numerus-clausus* — le droit pour l'Ordre d'être maître de son tableau et de répartir géographiquement les postes médicaux, (liberté sur l'opportunité de laquelle nous faisons des réserves) — la mise en œuvre effective et rapide des sanctions légales contre les médecins exerçant en marge de l'Ordre — une étude plus approfondie des affaires soumises en appel au Conseil supérieur — l'imposition légale du libre-choix dans la mutualité — la liberté des tarifs maxima et minima, le maintien de l'entente directe — la suppression de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales — le relèvement des tarifs d'A. M. G., des blessés de guerre et des accidents du travail — la limitation des abus du fisc — la régionalisation des œuvres de retraite et d'assistance avec réassurance et compensation par une Caisse autonome (point sur lequel au reste des divergences se sont manifestées).

L'accueil fait à ce manifeste fut paraît-il, d'une particulière froideur. Il fut reproché au Corps médical de vouloir à tort être indépen-

dant au sein de la communauté française et de pêcher par excès d'individualisme.

C'est là exagérer les véritables aspirations de la majorité des praticiens inquiets des « tendances centralisatrices, étatistes et dictatoriales » en matière de réglementation de la médecine, et « fermement attachés à l'espoir de voir sous le contrôle de l'Etat la corporation des médecins s'organiser peu à peu dans le cadre de la Corporation sanitaire ». Il était courageux au contraire de faire connaître ainsi aux responsables les véritables causes du malaise médical, et l'on doit en rendre grâce aux « Girondins ».

***

L'article de notre confrère LAVALÉE sur l'offensive fiscale n'est pas resté sans échos. Notre courrier journalier en témoigne abondamment.

Parmi les nombreuses marques d'approbation, celles que nous adressent les médecins de Berck-sur-Mer au grand complet méritent une mention spéciale.

Y était jointe en effet la copie d'une protestation adressée au Conseil supérieur de l'Ordre et au Ministre secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé contre la sévérité de mesures d'exception infligées au Corps médical, dans le moment même où l'on demande à celui-ci de consentir de nouveaux sacrifices pour les soins donnés par lui aux familles des assurés sociaux prisonniers de guerre.

Souhaitons que soit entendue la voix des médecins Berckois dont la large participation aux œuvres de solidarité sociale est vraiment difficile à nier.

***

Nous croyons savoir que la Santé publique s'occupe à l'heure actuelle de définir le rôle de la Commission technique créée au sein du Conseil d'Administration de l'Institut d'action sanitaire des Assurances sociales.

Inutile de dire combien le problème posé est délicat en raison des termes même de la loi du 18 novembre 1941 qui avaient fortement ému le Corps médical. De sa solution dépend en grande partie l'action que ce nouvel organisme aura à mener en matière de soins et de prévention.

Attendons la publication de ce texte pour le juger. Mais souhaitons dès maintenant que la Santé publique profite de l'occasion qui s'offre à elle pour contrôler l'action tout entière de l'Institut.

Ce faisant, elle apaisera ceux qui s'étaient émus.

***

Peut-on déduire des recettes professionnelles le montant des cotisations versées à la Caisse d'Allocations familiales ?

Telle est la question que se posent de nombreux confrères au moment de rédiger leur déclaration.

La réponse est affirmative sans aucun doute possible.

En effet l'affiliation à la Caisse d'Allocations familiales est imposée par la loi à toute personne exerçant la médecine. C'est donc une charge profes-

sionnelle qui, comme les autres, est déductible des recettes.

Par ailleurs les Allocations familiales touchées par le médecin père de famille nombreuse n'ont pas à être déclarées car elles ne sont imposables ni au titre de l'impôt sur le revenu des professions non commerciales, ni au titre de l'impôt général sur le revenu et ce en vertu des dispositions des art. 61 et 110 du Code général des impôts directs.

En résumé :

— les cotisations sont déductibles comme charges professionnelles ;

— les allocations sont exemptes de tout impôt.

***

Nos lecteurs se souviennent du cas des deux médecins prisonniers qui, au retour de leur captivité, ont trouvé deux intrus installés dans leur ressort au mépris des dispositions du décret du 20 mai 1940 et de la loi du 2 avril 1941 (*Voir Concours Médical du 7 novembre* 1941).

En ce qui concerne le Docteur N... le recours gracieux devant le Ministre n'ayant pas donné de résultat, le Sou Médical a demandé au Conseil d'Etat d'apprécier la légalité des sentences qui refusaient d'interdire l'exercice de sa profession au peu scrupuleux concurrent de son adhérent.

Pour le Docteur C... la situation était un peu différente puisque le Conseil supérieur de l'Ordre avait à deux reprises déclaré expressément que « les intérêts de prisonnier du Docteur C... exi- « geaient que l'autorisation provisoire donnée « à son confrère lui soit retirée ».

Le Docteur C... ne se heurtait, pour l'exécution de ces décisions, qu'à l'obstruction systématique d'un Conseil départemental obstiné et d'un préfet... facétieux !

Lassé le Docteur C... écrivit de nouveau au Conseil supérieur pour le tenir au courant de ses infructueux efforts. Grave imprudence ! Car, à son grand émoi, il reçut du Conseil supérieur une réponse en quatre points de laquelle il résulte que la haute juridiction professionnelle, revenant sur les deux décisions solidement motivées précédemment rendues, déclare ne pouvoir s'opposer légalement à l'installation de l'intrus dans la clientèle du Docteur C...

Sans vouloir discuter en droit le revirement de jurisprudence du Conseil supérieur, ni nous arrêter sur le problème juridique qu'il pose, nous ne pouvons que déplorer de telles contradictions.

On admet couramment, avec une moue d'impuissance désabusée que la justice humaine est boiteuse. Sera-t-il avéré que la justice proprement médicale doive être paraplégique ? Ce serait un bien douloureux paradoxe.

***

Voici quels sont les nouveaux membres des Conseils départementaux suivants :

Ain. — Docteurs Favre, Edouard, Calvel, en remplacement des Docteurs Duby, Girardot, Desbos.

Alpes-Hautes. — Docteurs LEFEVRE, BRUYÈRE, en remplacement des Docteurs CORONAT, TARAVELLIER.

Aveyron. — Docteurs AUDIBERT, VIRENQUE, en remplacement des Docteurs COCHY DE MONCAM, LAGARDE.

Charente-Maritime. — Docteurs TEXIER, BOISSEAU, en remplacement des Docteurs HUDE, MUFFAT.

Drôme. — Docteurs DAMEZ, *président*, CULTY, en remplacement des Docteurs COSTE, MOREL, FERRIER.

Haute Garonne. — Docteurs BEZY, DUCOURNEAU, en remplacement des Docteurs AVERSENQ, CHANSOU.

Loir-et-Cher. — Docteurs VÉZIN, MINOT, en remplacement des docteurs FILLOUX, LAURENT.

Meuse. — Docteurs DURAND. LIMASSET en remplacement des Docteurs GUEDON.

Oise. — Docteur CHASTEL en remplacement du Docteur BLANC.

Puy-de-Dôme. — Docteur BROUSSEGOUTTE, CHAUMERLIAC, VALIN, en remplacement des Docteurs FICHOT, LABESSE, PERPÈRE.

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

4493. — Paiement des indemnités en cas de rechute

Le 28 septembre 1938, un ouvrier qui travaillait dans une usine est victime d'un accident grave ; il a les deux jambes écrasées.

A gauche, une amputation au lieu d'élection donne, un moignon à cicatrice terminale très peu étoffé. A droite, une fracture comminutive du tibia et péroné finit par se consolider avec un cal volumineux mais un axe à peu près normal. Malheureusement les lésions du nerf tibial postérieur donnent un pied de paralysie sciatique (pied inerte et pointe chutant en équin).

La date de consolidation est fixée à décembre 1938, je crois, en tout cas, à une date un peu antérieure au nouveau régime de pensions ; de sorte que la victime avec 90 % n'a que1.200 par an.

Or, cet homme fait :

1° A gauche, une ulcération du moignon par ostéit sur un moignon mal étoffé ; port très difficile d'un appareil de prothèse ;

2° A droite, une vaste ulcération trophique à la tête du Ve métatarsien avec nécrose de l'os, ce qui va nécessiter un traitement par infiltrations au sympathique lombaire ; rayons U. V. puis exérèse de l'os malade au pied et grattage du moignon gauche.

Je voudrais savoir si l'intéressé peut encore avoir recours contre l'assurance pour les frais médicaux et pharmaceutiques, chirurgicaux, etc..., s'il peut avoir

un recours pour une révision de son taux d'invalidité. Quelle est la marche à suivre ?

Dr D.

Réponse

En vertu des dispositions de la loi du 1er juillet 1938, qui a modifié la législation sur les accidents du travail, en cas de rechute survenue dans le cours du délai de révision, l'employeur est tenu de payer à nouveau au blessé l'indemnité journalière, ainsi que les frais médicaux et pharmaceutiques, indépendamment de la majoration de rente à laquelle la victime peut avoir droit après la consolidation de cette rechute.

Malheureusement, l'accident dont votre client a été victime remonte au 28 septembre 1938, dateà laquelle la législation nouvelle n'était pas encore entrée en vigueur, puisqu'elle n'a été applicable que le 1er janvier 1939. Il en résulte que le cas de votre client reste entièrement soumis à la législation ancienne, et aux dispositions ainsi qu'à la jurisprudence qui l'a interprêtée de la loi du 9 avril 1898.

En vertu de cette loi et de cette jurisprudence, les indemnités temporaires (demi-salaire et frais médicaux et pharmaceutiques) cessent d'être dues à partir du jour de la consolidation de la blessure.

Si, par la suite une rechute, aggravant l'état de la victime, vient à se produire, cette rechute peut donner ouverture à l'action en révision tendant à faire obtenir une majoration de rente, mais ne peut faire revivre le droit aux indemnités temporaires.

Si vous estimez que votre client est maintenant atteint d'une incapacité permanente supérieure au taux qui lui a été alloué, vous devez lui délivrer un certificat relatant vos constatations et concluant à l'augmentation de l'incapacité.

L'action en révision doit être introduite dans un délai d e trois ans à compter, soit de l'accord intervenu entre les parties pour la fixation de la rente, soit du jour où la décision judiciaire attributive de rente est passée en force de chose jugée. Le Tribunal compétent (celui qui a déjà connu de l'action en attribution de rente) est saisi par voie de simple déclaration au greffe. Le Président convoque ensuite les parties en conciliation,et, à défaut de conciliation, les renvoie à l'audience. Dès la tentative de conciliation un avoué est commis pour assurer la défense de la victime de l'accident.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

6108 — Infiltrations anesthésiques de ganglions nerveux

Pourriez-vous me fixer sur le prix de remboursement au titre tarif accident du travail des infiltrations des ganglions sympathiques cervicaux ?

La Compagnie a accepté le principe pour une de ses assurées. « Il va sans dire que nous prenons à notre charge les frais découlant de cette intervention dont le remboursement sera effectué conformément au tarif en vigueur » ; quel est celui-ci ?

et cela comporte-t-il une ou plusieurs séances ? Il y en a eu deux à huit jours d'intervalle.

Dr G.

Réponse

Les infiltrations anesthésiques (méthode de Leriche) sont tarifées comme suit : «. . . c) périganglionnaires nerveux (ganglion lombaire stellaire) = 120 francs ». Cela pour l'ensemble du traitement, donc payable une seule fois ; les autres séances au tarif de la visite ou consultation simple — ce qui fut spécialement convenu à la Commission du tarif.

Dr F. Decourt.

b) Assurances sociales

6.356. — Assurance-maternité. Soins à domicile et à l'hôpital

Appelé pour un accouchement dans une ferme isolée où j'ai passé une nuit entière et une partie de la journée suivante. A dilation complète, j'ai fait une prise de forceps au détroit supérieur, mais mes efforts se heurtant à une résistance anormale, j'ai dû abandonner ma tentative et accompagner ma cliente dans une clinique voisine, où par césarienne haute, on enleva l'enfant vivant qui n'avait nullement souffert de mon intervention. Quels honoraires dois-je réclamer ? Le prix d'un accouchement dystocique par forceps ? Le prix d'un accouchement normal ? ou simplement la surveillance d'une nuit ?

Dr R.

Réponse

a) S'il s'agit d'un accouchement en clientèle courante, je ne saurais vous suggérer un prix, celui-ci dépendant de votre propre tarif ordinaire de clientèle. En tous cas, vous ne pouvez compter un accouchement que vous n'avez pas fait, mais comptez le temps que vous avez passé auprès de la parturiente et les soins que vous lui avez donnés durant ce temps. Quel prix ? Cela varie avec la situation personnelle de la parturiente évidemment et, je le répète, de votre tarif habituel de clientèle.

b) S'il s'agit d'une assurée sociale, vous agissez absolument de même... En effet, l'assurée en cas de maternité, touche une somme forfaitaire. Qu'elle soit accouchée par un ou plusieurs médecins, ou par une sage-femme, c'est la même somme.

Toutefois, en cas de dystocie, on lui donne un supplément, lequel en cas de césarienne abdominale est K. 80.

Toutefois, si l'accouchement a lieu « dans un établissement public de soins, le tarif de réassurance est fixé à 100 % du prix de journée le plus bas exigé pour les accouchements payants par l'établissement considéré, ledit prix de journée étant un prix global comprenant l'ensemble des frais d'hospitalisation, des frais médicaux afférents à l'accouchement, et des frais pharmaceutiques. » (Là encore c'est donc une somme forfaitaire que touche la parturiente).

c) Enfin, en cas d'accouchement dystocique à

l'hôpital, il en est de même que ci-dessus en b), mais la durée maxima du prix de journée payée pourra « être supérieure à douze jours sans réduction de l'indemnité de demi-salaire ».

Conclusion. — En cas d'accouchement chez une assurée sociale, agissez comme en clientèle courante — évidemment en prenant votre prix pour la classe ouvrière puisqu'il ne doit pas s'agir là d'une femme aisée par le fait même qu'elle est une assurée sociale (sauf cas tout à fait spéciaux).

Dr F. DECOURT.

6259 — Infilrations anesthésiques

Je vous saurais gré de m'indiquer comment je dois noter sur une feuille d'Assurances : une infiltration à la novocaïne du ganglion stellaire.

Je ne trouve porté cet acte ni sur la nomenclature de Pnc ni sur celle des spécialités.

Dr M.

Réponse

Les « infiltrations anesthésiques » soit périarticulaires, soit périnerveuses, sont indiquées en Pc 3.

Mais il est spécifié « par séance », ce qui les différencie des pris du Tarif accident du travail où ceux-ci sont forfaitaires pour l'ensemble du traitement, quel que soit le nombre de séances.

Dr F. DECOURT.

Rectificatifs

Dans la réponse no 6.222 faite par le Docteur Decourt dans notre numéro du 8 février 1942, page 213, une erreur s'est glissée.

Il faut lire :

A propos de la majoration dominicale :

1o Première phrase à rétablir ainsi : « Il n'y a de tarification spéciale pour les dimanches uniquement que pour la visite et même pas pour la consultation, etc... ». Et quelques lignes plus bas, mettre : « La visite ne ferait que 17 francs + 50 %... » (et non pas 30 %).

F. DECOURT.

ASSURANCES SOCIALES

609. — Déclaration des honoraires sur les feuilles d'assurés sociaux

J'ai lu avec beaucoup d'intérêt votre article sur la nouvelle année fiscale et particulièrement le titre II où j'ai reconnu la Circulaire de la M... F...

Il faut croire que cette fameuse lettre a été d'une efficacité douteuse, car la Caisse adresse maintenant à ses assurés un avis aux termes duquel des titulaires de feuilles de maladies doivent après que le médecin traitant les a remplies et signées, indiquer sur celle-ci le montant des honoraires acquittés, le tout sous peine de non-remboursement. Cette Caisse tient à se mettre bien avec le fisc, quitte à être désagréable aux médecins.

Dr R.

Réponse

Nous venons d'apprendre que le ministre de la Santé publique, d'accord avec ses collègues des Finances et du Travail, a décidé que la disposition de la loi du 31 décembre 1941 relative à la mention des honoraires médicaux sur les feuilles d'Assurances sociales ne serait pas applicable, en attendant qu'elle soit rapportée.

Le Corps médical obtient donc satisfaction sur ce point. Quant aux Caisses, elles avaient triomphé un peu trop tôt.

Il va de soi qu'elles ne sont pas fondées à exiger de leurs assurés, ainsi que le fait cette Caisse la mention de ces honoraires, et encore moins de refuser, à défaut de cette mention, le remboursement des prestations.

Devant de telles exigences, les assurés n'auraient qu'à se pourvoir immédiatement devant la Commission d'arrondissement, devant laquelle ils sont certains d'obtenir gain de cause.

QUESTIONS DIVERSES

486. — Suppléments alimentaires pour les femmes enceintes

Deux clientes étant en discussion avec la mairie me posent la question suivante :

Une femme enceinte a-t-elle droit à des suppléments alimentaires autres que ceux prévus pour la carte T (c'est-à-dire du pain et du vin), en particulier durant les trois derniers mois n'a-t-elle pas droit à un supplément de viande ?

Je ne puis que vous transmettre la question : la mairie dit non, on me montre des articles de quotidiens qui disent oui.

Dr P.

Réponse

Aux termes de la Circulaire ministérielle du 19 février 1941, les femmes enceintes ont droit, sur présentation à la mairie de leur domicile d'un certificat médical, aux suppléments alimentaires suivants :

— Un demi-litre de lait entier, dès constatation de leur état.

— La carte T à partir du quatrième mois de leur grossesse.

— Les rations supplémentaires suivantes :

Viande	180 gr. par semaine
Matières grasses....	50 gr. par semaine
Fromage	25 gr. par semaine
Sucre	500 gr. par mois
Pâtes	250 gr. par mois

Que votre cliente fasse une réclamation à la mairie pour obtenir les rations supplémentaires auxquelles elle a droit.

Si ces attributions sont refusées par la mairie, qu'elle en réfère au Préfet.

De plus, à dater du quatrième mois de grossesse, les femmes enceintes ont droit à la délivrance de la Carte nationale de priorité, créée par la loi du 18 juin 1941.

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Demandes et Offres

N° 80. — A céder après décès appareil de radioscopie, table à pansements, instruments et matériel de salle d'examen, ainsi que livres de médecine anciens et modernes. S'adr. Mme Collin, 7, rue du Havre, Caen (Calvados).

N° 81. — Docteur, recommande Laborantine instr. intell. sér. très au courant chimie biologique, bactériol., hématologie, anatomie pathologique. Ecr. Dr Troude, 1 *bis*, rue du Marché, Enghien-les-Bains (S.-et-O.).

N° 82. — Urgent. Cabinet médical à céd. ds gr. ville province 150 kil. de Paris pour doctoresse gynécologue. Matériel et mobilier médic. à céd. Prix intéres. S'adr. Roullet, 129, fbg. Poissonnière, Paris. Tél. Trud. 43-50.

N° 83. — La Caisse départ. d'Assurances soc. de la Loire-Inf., 9, rue de Bréa à Nantes, recherc. un médecin-conseil. Age 40 a. envir.

N° 84. — A louer à Noisy-le-Sec, pavillon 10, 11 p. confort. moderne, garage, petite cour. A toujours été habité par médecin. S'adr. Agence Pitot et Dargent, 1, pl. Carnot, Romainville (Seine).

N° 85. — Médec. franç. soixantaine, inscrit à un Ordre de province, surmené parle manque de carburt. recherc. occupation médicale ds la rég. parisienne de préfér. assistant, dispensaire d'usine, ou autre, remplacemt de longue durée, etc... Ecr. Vve Fontanel, Chiddes (Nièvre).

N° 86. — Import. Laboratoire Parisien recherc. pr Paris et régions Ouest-Nord-Est visiteur ayant déjà une représentation de Maison connue. Sér. référ. exig. S'adr. *Concours Médical*, 37, r. de Bellefond, Paris (IXe).

N° 87. — Les laboratoires du Dr Roussel cherc. collaborateurs, docteurs en médecine, 28-38 a., act. et sér., pour visiter région Normandie, Nord et Sud-Ouest. Situation stable et d'avenir. Envoyer *curriculum vitae* au service de publicité, 97, rue de Vaugirard, Paris.

Cabinet GALLET

47, boulevard Saint-Michel. — Tél. Odéon 24-81

— Banlieue Seine. Pavillon 5 pièces. Loyer 4.800 francs. Bon rapport, pressé, prix moyen.

— Paris. Décès. Quartier moyen. Loyer 10.000 francs, très bon rapport. Prix modéré.

— Seine-et-Marne. Seul médecin, pouvant faire la propharmacie. 6 pièces, salle de bains. Loyer 4.500 francs. Bon rapport, prix moitié.

— Paris-XVIe. Très pressé, très belle installation, loyer 12.500 francs, 42.000 francs de fixe, prix à débattre.

— Paris-XVII. Bel appartement médical, loyer 14.000 francs, prix à débattre.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	**120 francs**
Étudiants..................	**80 francs**
Le Numéro........	**4 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Renseignements

LES CONSÉQUENCES DE LA GUERRE

De nombreuses psychoses, un état d'anxiété, d'hyperémotivité, d'irritabilité, de psychasthénie en sont les inévitables séquelles chez les 9/10e de vos malades.

Chaque médecin doit devenir un psychiâtre de plus en plus averti de ces idées fondamentales.

Plus que jamais, vous prescrirez les comprimés d'*Aeïne* indispensables à un bon équilibre du système nerveux vago-sympathique et rigoureusement atoxiques (4 à 8 par jour).

Echantillons sur demande au laboratoire de L. AEINE, 6, place Clichy, Paris (9e).

Cures hélio-marines, Santez-Anna, Carnac-Plage (Morbihan).

« LE CARNET A SOUCHES MEDICAL ». — Modèle spécialement établi conformément aux dispositions de la loi du 31 décembre 1941.

Le carnet de 100 reçus (en port dû). . 15 francs.
Les 10 carnets « « . . 135 francs.

Ecrire à M. Ollivon, 6, rue de Braque, Paris (IIIe) Compte de chèques postaux, Paris 1082.39.

Adjudication Etude de Me LÉPANY, Notaire à Courbevoie, le 30 mars 1942, à 15 h.
PROPRIÉTÉ A PUTEAUX
(*Seine*), 30, *Rue Pasteur*. **Cont. 1046 m.**
Libre de location. M. à P. 250.000 fr.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur de l'Ordre

La Commission créée par le Conseil supérieur de l'Ordre et chargée de la protection des intérêts des médecins prisonniers, est heureuse d'apporter les précisions suivantes : grâce à la propagande faite en faveur de la relève, grâce à la générosité de cœur de nombre de médecins d'active et de réserve, la relève partielle, actuellement admise pour certaines catégories de médecins prisonniers, peut être réalisée par des médecins volontaires.

Grâce à ces hommes de devoir, il n'est pas question, à l'heure actuelle, de présenter des listes de médecins, classées en différentes catégories et parmi lesquelles l'autorité militaire serait susceptible de faire des désignations.

Nous savons qu'il manque cependant un ophtalmologiste volontaire.

Les efforts conjugués du service de santé et de la Commission du Conseil supérieur ont permis d'obtenir une liste de quatre-vingt volontaires — vingt-six sont partis.

Actuellement, à la date du 26 février, deux médecins nous ont déjà fait part de leur retour.

(*Communiqué*).

Conseil départemental de la Seine

A la demande de la Préfecture de police, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des méde-

cins rappelle aux confrères que, suivant la circulaire ministérielle du 14 janvier 1941, ils sont tenus, sans exception, de déclarer les cas contagieux de maladies vénériennes.

La déclaration, qui doit être envoyée dans les vingt-quatre heures, comporte pour chaque cas — sans indication du nom du malade — la nature de l'affection (syphilis primaire ou secondaire, blennoragie aiguë ou chronique, chancrelle, maladie de Nicolas-Favre) et une fiche de renseignements, suivant le modèle ci-après reproduit.

Cette déclaration numérique doit être complétée par une déclaration nominale si le malade se montre récalcitrant ou négligent. « Doit être considéré comme tel le cas de toute personne atteinte d'affection vénérienne contagieuse qui cessera, avant guérison, ses consultations chez le médecin qui la soigne, sans fournir à celui-ci la preuve qu'elle reçoit les soins d'un autre médecin ou sans justifier de raisons valables pour cette interruption de traitement ».

« Dans ce cas, le médecin devra déclarer à l'autorité sanitaire les nom, adresse, âge, sexe, et maladie. Cette déclaration nominale sera faite dans le délai de huit jours après la date de la consultation manquée ».

« En conséquence, et pour éviter les déclarations abusives, il est indispensable que tout médecin appelé à traiter un vénérien s'inquiète de savoir si ce malade ne vient pas d'interrompre le traitement commencé chez un autre médecin. Dans l'affirmative, il avertira son confrère précédemment consulté que le malade a changé de conseiller médical ».

Pour la Seine, les déclarations doivent être adressées en franchise postale, à M. le Préfet de police, direction de l'hygiène (quatrième bureau), 3, quai de l'Horloge, Paris.

RENSEIGNEMENTS A FOURNIR PAR LE MÉDECIN A L'APPUI DE LA DÉCLARATION (NON NOMINATIVE) D'UN CAS DE MALADIE VÉNÉRIENNE

Nature de l'affection

Rapport incriminé

Date de la constatation
Date probable de la contamination
Lieu de la contamination
Lieu de rencontre de l'agent contaminateur

Renseignements sur l'agent contaminateur (masculin, ou féminin)

Nom — Prénoms
Surnom

Catégories

1° Prostituées : Femmes en maison de tolérance
Femme en carte
2° Contamination conjugale
3° Origines diverses (profession, lieu de travail usine, etc.)

Etat signalétique : Age apparent

Age apparent — Couleur des cheveux
Corpulence — Yeux
Habillement — Taille
Accent

Signes particuliers (verrues, taches de vin, cicatrice, dents en or, maquillage, etc.)

Rapports éventuels avec d'autres personnes

Avant le début de l'infection
Depuis le début de l'infection

(*Communiqué.*)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — M. le Professeur PORTMANN, de Bordeaux et M. J. DE FOURMESTRAUX, de Chartres, sont élus correspondants nationaux dans la 2e division (chirurgie et spécialités chirurgicales).

Nous sommes heureux d'adresser à M. le Professeur Portmann, qui voulut bien, il y a quelques années, présider notre assemblée générale, et à notre éminent collaborateur, le Docteur J. de Fourmestraux, nos plus sincères félicitations.

— *Régime lactés et taux butyreux du lait.* — Envisageant la nécessité de modifier la technique de l'allaitement artificiel et des régimes lactés en raison du récent règlement concernant le taux butyreux du lait, l'Académie, après rapport de M. Lesné, a adopté les vœux suivants :

1° Que soit réservé au moins aux enfants un lait dont le taux butyreux ne soit pas abaissé au-dessous de 35 grammes, ce qui permettrait de ne pas augmenter la ration quotidienne de chaque enfant.

2° Qu'au cas où cette juste solution ne serait pas réalisable, la ration de lait écrémé à 30 pour 1.000 soit portée : de 750 centil. à un litre pour les enfants de 0 à 5 ans ; de 250 centil. à 350 centil. pour les enfants de 6 à 14 ans ; de 1.500 centil. à 2 litres pour les malades soumis au régime lacté.

L'Académie conseille, pour le lait écrémé à 30 p. 1.000, la modification suivante de la technique de l'allaitement artificiel : réduction du coupage au tiers pendant le premier mois, au quart pendant le deuxième mois et lait pur dès le troisième mois.

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Conférences d'hygiène et médecine préventive.* — M. le Professeur Pierre JOANNON a commencé ses conférences le mardi 3 mars 1942, à 17 heures, à l'amphithéâtre Cruveilhier de l'Ecole pratique et les continuera les mardis, jeudis, samedis à la même heure.

Sujet des conférences : Prophylaxie des maladies infectieuses, hygiène sociale, hygiène urbaine.

— **Société médico-chirurgicale des hôpitaux libres.** — Une série de conférences de perfectionnement sur des sujets médicaux et chirurgicaux, sera faite au cours du second trimestre par MM. Coffin, Denet, Galland, Giroux, Grain, J.-A. Huet, Jausion, Martiny, Rœderer, Vernes, P. Viala, Viard.

Cet enseignement sera réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité. Programme et inscriptions, 1, place d'Iéna, Paris (XVIe).

— **Conférences de phonologie.** — Le Docteur TARNEAUD, laryngologiste du Conservatoire, donnera trois conférences sur la voix (avec projections et auditions de disques), les mardis 10, 17 et 24 mars à 16 h. 15, en la salle des conférences du Conservatoire national de musique et d'art dramatique, 14, rue de Madrid.

— **Pour la réadaptation de l'enfant.** — L'Assemblée générale annuelle de l'*Œuvre de la réadaptation de*

l'Enfant et des Centres sociaux de rééducation Gérard de Parrel s'est tenue à Paris le 21 février dernier au siège social de l'Œuvre, 13, rue de l'Ancienne-Comédie.

Le Docteur de Parrel, président, a fait l'éloge des deux membres du Conseil décédés : le Docteur Félix Lobligeois et le Docteur Juste Colle, morts pour la science et pour la France. Puis, la fondatrice-directrice générale, Mme Louise Matha, a présenté le compte rendu de l'activité des Centres sociaux de rééducation de Paris et d'Antibes, depuis le mois de septembre 1938 jusqu'au jour de l'Assemblée. Malgré les circonstances si difficiles, l'Œuvre n'a pas cessé de fonctionner, grâce au dévouement désintéressé du personnel et à l'appui efficace du Secours national.

— **Prophylaxie anti-variolique.** — Quelques cas de variole ont été signalés dans la région parisienne. Il s'est agi, jusqu'à ce jour, de formes relativement légères, qui ont été parfois confondues avec des varicelles.

M. Cambessédès, inspecteur général des services techniques d'hygiène, a adressé aux médecins praticiens de la Seine — en les remerciant d'avance de leur concours efficace — une lettre-circulaire leur demandant, si des cas de variole se présentaient à leur observation, d'employer toute leur autorité persuasive pour décider les malades à accepter le transport à l'hôpital Claude-Bernard ou, au cas de refus, d'en référer immédiatement à la Préfecture de police, en vue du transfert d'office. Il est rappelé que la déclaration de la variole est obligatoire aussitôt le diagnostic posé ou simplement soupçonné. L'isolement du malade s'impose dès le début.

D'autre part, l'Académie de médecine recommande instamment à la population de se faire vacciner. La vaccination est nécessaire à toute personne qui n'a pas été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de trois ans.

— **Naissance.** — Nous apprenons la naissance de Thierry Ménétrel, fils du Docteur Bernard Ménétrel, secrétaire particulier du Maréchal Pétain (8 février 1942).

— **Mariage.** — Le Docteur Yves Loisance, médecin à Rennes, et Mademoiselle le Docteur Renée Allain, ancien médecin des sanatoriums de l'O. P. H. S. de la Seine, et ancien médecin des dispensaires antituberculeux d'Ille-et-Vilaine, ont l'honneur de vous faire part de leur mariage qui a été célébré le 17 février 1942 en l'Eglise Saint-Jacques du Haut Pas, à Paris, dans la plus stricte intimité. — Rennes, 47, rue Saint-Hélier.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur V. Calonne, de Pavillons-sous-Bois (Seine) ; du Docteur Lestage, de Gradignan (Gironde) ; du Docteur André Bouvet, de Bordeaux ; du Docteur Salimbeni, chef de service honoraire à l'Institut Pasteur de Paris.

Corps étrangers du tube digestif

Dans le *Concours* du 24 août 1941, le Docteur Belle traitait des corps étrangers de l'œsophage. Dans le *Concours* du 2 novembre, le Docteur Loussot, de Landivisiau, apportait sa pierre à l'édifice.

Depuis douze ans, nous avons vu plus de quarante bébés ayant dégluti des corps étrangers et plus spécialement des broches. Qu'il me soit permis en passant, de dire toute la nocivité de ce bijou bien inutile et dont la fausse sécurité est telle, que 99 fois sur 100, en cas de corps étranger, c'est une broche de bavoir qui est en cause.

De ces nombreux cas, nous avons retiré l'expérience suivante : grâce à des bouillies très épaisses, dans les premières années de notre exercice, nous avons eu la chance de voir ce corps étranger s'évacuer toujours sans difficulté et sans suite pathologique par les voies naturelles.

Depuis six ans, nous employons alternativement coton et queues d'asperges, avec un résultat parfait. Nous avons constitué d'ailleurs un petit stock de quelques boîtes d'asperges en conserve. Il nous est ainsi possible, dès que nous voyons un enfant ayant dégluti une broche, de remettre à la maman, une boîte d'asperges et le mode d'emploi. Ceci a l'avantage de mettre à la portée de la main, sans retard, quelle que soit la saison, les bienfaisantes queues d'asperges.

Nous nous permettons de n'être pas de l'avis du Docteur Loussot, quant à l'âge auquel l'utilisation des queues d'asperges est possible.

Un bébé de trois mois absorbe parfaitement, mélangées à de la bouillie, les queues d'asperges convenablement écrasées. Leur feutrage est suffisant pour déterminer un enrobement : témoin l'observation suivante prise sur 22 cas de bébés, ayant dégluti des broches, et dont l'âge s'échelonne entre 3 et 9 mois.

Observation. — Enfant R..., 3 mois 1/2, amené pour disparition de la broche bavoir.

A 20 heures, cliché : broche ouverte dans l'estomac.

On remet à la maman une boîte d'asperges, en lui indiquant de mélanger à de la bouillie (farine lactée), les queues pulpées avec une fourchette et coupées en menus brins.

Nous surveillons avec le médecin traitant la prise de la bouillie.

Cliché le lendemain à midi : broche ayant progressé et se trouvant dans la région cœcale.

Cliché le soir à 20 heures : broche dans le rectum.

Extraction sous écran, par préhension de la broche avec une pince anale. La broche sort parfaitement enrobée par les fibres d'asperges.

Cette observation, qui n'est pas unique, nous a amenés en effet à constater que, chez les tout jeunes bébés (moins de six mois), le magma d'enrobement s'oppose quelquefois à une expulsion spontanée et la broche stagne longuement dans

le rectum, quelquefois 48 heures, avant d'être évacuée spontanément.

Peut-être, notre point de vue paraîtra-t-il trop absolu, mais plus de 40 cas de corps étrangers déglutis, dont 22 chez des bébés de 3 à 9 mois, 18 traités avec des queues d'asperges ou du coton, nous permettent peut-être de dire que sauf de très rares exceptions, si le traitement est précoce et la surveillance radiologique suivie, le transit doit s'effectuer sans encombre et assez rapidement.

Terminons par un vœu : puisse M. le Secrétaire d'Etat à la Santé publique interdire la vente de broches-bavoir, qui sont la source d'ennuis et de déglutitions fréquentes, malgré toutes les sécurités dont les vendeurs les prétendent pourvues.

Drs Jacques et Jean-Marie AUCLAIR.
(d'Argenteuil, Seine-et-Oise)

L'approvisionnement des propharmaciens

A la demande de nombreux lecteurs propharmaciens, nous nous sommes enquis auprès du Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques, de la valeur des tickets qui leur sont remis pour leur réapprovisionnement. Nous sommes heureux de publier ci-dessous la réponse que nous avons reçue du Comité et qui précise nettement la question :

Bismuth	30 grammes
Caféine	10 grammes
Codéine	2 grammes
Coton cardé supérieur et chirurgical	1 kgr.
Ethylmorphine	1 gramme
Glycérine	250 grammes
Huiles médicinales	1 litre
Huile de vaseline	1 litre
Iode	15 grammes
Iodures assortis	60 grammes
Laudanum	60 grammes
Farine de moutarde	1 kgr.
Théobromine	10 grammes
Vaseline	500 grammes
Quinine	10 grammes

Les valeurs que nous vous indiquons correspondent aux tickets du premier trimestre.

Le ticket éthylmorphine doit être utilisé pour l'achat de tous les alcaloïdes de l'opium, autres que Codéine.

Secret professionnel et contrôle fiscal

La loi de budget du 31 décembre 1941 décrète dans son article 9 que les médecins doivent délivrer pour toute somme touchée en espèces « un reçu signé et extrait d'un carnet à souches numérotées ».

Plus loin, il est précisé que « le Contrôleur ne peut exiger la communication des souches des carnets de reçus où figurent les noms des clients. Mais ces carnets doivent être représentés à un médecin délégué par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins agissant à la requête de l'Administration des Contributions directes ».

Cette restriction apportée ainsi aux investigations des contrôleurs est une consécration de la non-habilitation de ces agents à connaître toutes pièces couvertes par le secret professionnel, article 378 du Code pénal.

D'autre part, une loi également du 31 décembre 1941 sur l'Ordre des médecins, décrète en son article 2 que « les médecins régulièrement inscrits au Tableau d'un Ordre départemental sont déliés du secret professionnel institué par l'article 378 du Code pénal, *vis-à-vis du Conseil supérieur et des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, pour toutes déclarations ou dépositions effectuées devant ces organismes* ; ils n'encourent de ce fait aucune des peines prévues audit article du Code ».

Il semblerait ressortir de ce dernier texte que la dérogation aux prescriptions de l'article 378 du Code pénal ne s'appliquerait qu'aux déclarations faites DEVANT LES CONSEILS DE L'ORDRE. Mais, s'il pouvait être admis — ce qui serait à démontrer — que ces Conseils pourraient déléguer leurs pouvoirs et leurs prérogatives, en ce qui concerne le secret professionnel, ce ne serait qu'en faveur d'*un de leurs membres*.

A supposer que ces lois d'exception fiscales soient maintenues, la position du médecin nous paraît donc nette au point de vue juridique.

Tout d'abord, le médecin peut se refuser à communiquer quoi que ce soit à un membre du Conseil de l'Ordre agissant isolément, tant qu'il ne sera pas établi que le Conseil peut déléguer un de ses membres avec les prérogatives qu'il tient de cet article 2.

Ensuite, il doit se refuser à toute communication à un confrère, même délégué par le Conseil de l'Ordre, mais n'étant pas lui-même membre de ce Conseil.

Enfin, il semble bien que les membres des Conseils n'ont pas été nommés à ce poste pour remplir les fonctions d'agents du fisc et il est à espérer qu'ils n'accepteront pas de jouer vis-à-vis de leurs confrères le rôle qu'on voudrait leur faire jouer.

A. HERPIN.

A propos des échantillons médicaux

C'est une question encore à l'ordre du jour, qui préoccupe à la fois praticiens et fabricants, en dépit des mesures qui ont mis fin à certains excès.

En particulier, il est désagréable pour un médecin dont les besoins en échantillons demeurent réels (visites du soir, nécessité d'instaurer parfois un début de traitement rapide, réapprovisionnement ralenti des officines locales), d'adresser une demande « expresse et dûment signée », affranchie à 1 fr. 50, pour recevoir en retour, du Laboratoire correspondant, une fin de non-recevoir, aussi aimable soit-elle.

Sans invoquer les mesures d'économie qui s'imposent en général, comment faire mieux cependant, s'il s'agit d'une de ces spécialités dont la fabrication limitée par la répartition des matières premières ou freinée par le rendement actuel des usines, suffit à peine à satisfaire les exigences des prescripteurs exprimées par les besoins des grossistes ?

La pratique du « prêt d'échantillon », que des médecins ont adoptée depuis des mois, pourrait, en se généralisant, apporter une solution partielle à ce problème.

Comme son nom l'indique, ce procédé consiste simplement, pour le praticien, à remettre un échantillon non plus à titre de « cadeau » comme on le faisait autrefois, mais à titre de « prêt », en invitant le malade à rendre ce prêt au médecin dès que, l'ordonnance ayant été satisfaite par le pharmacien, il est devenu possible au malade, de *reconstituer* l'échantil-

lon (ou d'en restituer l'équivalent, sous la forme d'une boîte-vente plus ou moins incomplète).

Certes, un tel procédé est assez inélégant et d'application souvent délicate ; en outre, il est sujet à « ratés » puisqu'il suppose une collection d'échantillons assez variés dans l'armoire du médecin, et une clientèle... compréhensive. Mais c'est un pis-aller provisoirement admissible et capable de rendre service. Nous le signalons ici sans nous dissimuler les critiques qu'il peut soulever et en souhaitant, comme chacun, un prompt retour à la normale.

C. Pujolas

Prochaine réunion de la Société des Ingénieurs de l'automobile

La section « *Organisation* » de la Société des Ingénieurs de l'automobile tiendra une séance le 10 mars 1942, 5, avenue de Friedland (5e étage) et traitera de la question *Equipement et Outils.*

La section « *Electricité-vapeur* » tiendra séance le 12 mars, 2, rue de Presbourg et traitera de la question *Charge des batteries de traction.*

Les abonnés du *Concours Médical* sont admis sans autre formalité à ces séances.

Adresse du Comité d'Organisation des Maisons de Santé privées

Le Comité d'Organisation dont nous avons publié un communiqué dans notre numéro du 22 Février est :

60, rue de la Chaussée d'Antin, Paris (IXe).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Actes des Autorités occupantes

Ordonnance du 5 février 1942 concernant le traitement médical des personnes appartenant à l'armée allemande.

1° Il est interdit aux personnes dont la profession est de soigner les malades (médecins, dentistes, médecins naturistes, infirmiers, infirmières, sages-femmes, etc.) et qui ne sont pas affectées au service de l'armée allemande ,de soigner les personnes appartenant à l'armée allemande (militaires et fonctionnaires de l'armée) ainsi que les personnes appartenant à la suite de l'armée et possédant la nationalité allemande.

2° Il ne leur est pas défendu :

a) de donner les premiers soins médicaux dans des cas d'urgence ;

b) d'appliquer le traitement en vertu d'une autorisation écrite, délivrée par un officier de santé allemand.

Celui qui contreviendra à l'interdiction formulée au paragraphe 1, sera puni d'emprisonnement et d'amende ou de l'une de ces peines.

Ordonnance du 5 février 1942 concernant la vente au détail de médicaments.

1° Les médicaments à base de sulfonamide et sulfapyridine ne doivent être vendus au détail que sur présentation d'une ordonnance d'un médecin.

2° Les médicaments visés à l'alinéa 1 ne pourront

être vendus que deux fois, tout au plus, par ordonnance.

Celui qui contreviendra à l'interdiction formulée au paragraphe 1, sera puni d'emprisonnement et d'amende ou de l'une de ces deux peines.

(*J. O.* des ordonnances du Militaerbefehlshaber en France, 25 février 1942).

Prisonniers de guerre

Communiqué officiel n° 85 de la direction des prisonniers de guerre en date du 14 février 1942 (relève du personnel sanitaire).

Les familles des médecins officiers ayant appartenu au service de santé pendant la guerre, et actuellement internés en Allemagne, sont informées de ce que les autorités allemandes ont admis la relève de certaines catégories de médecins maintenus dans les camps de prisonniers de guerre en vue d'en assurer le service médical — ce personnel n'étant pas prisonnier — sous réserve de leur remplacement par un nombre équivalent de médecins désignés par le Gouvernement français.

Les autorités allemandes n'admettent actuellement au bénéfice de cette relève que les médecins officiers répondant à l'une des conditions suivantes :

1° Etre né avant le 1er janvier 1900 ;

2° Etre ancien combattant, pour ceux nés après le 1er janvier 1900 ;

3° Etre soutien de famille de quatre enfants mineurs nés après le 1er janvier 1922.

Une liste nominative de médecins justiciables de ces dispositions a été communiquée par les autorités allemandes. La relève est actuellement en cours. A cet effet, un nombre correspondant de médecins, comprenant une majorité de personnel d'active, a été mis, à Paris, à la disposition des autorités allemandes. Celles-ci fixent la destination à leur donner et assurent leur mise en route. Un premier contingent est déjà parti.

Aux fins de vérification de la liste établie, les familles de médecins répondant aux conditions ci-dessus indiquées sont invitées à faire connaître à la Direction du service de santé, au Secrétariat d'Etat à la guerre, à Royat, le nom et l'affectation actuelle du médecin intéressé, en y joignant toutes précisions utiles sur son âge, sa situation de famille et sa qualité d'ancien combattant.

Aucune autre démarche n'est à faire ni aucune intervention à solliciter.

(*J. O.*, 18 février 1942).

Communiqué officiel n° 86 de la direction des prisonniers de guerre en date du 17 février 1942 (rapatriement des étudiants en médecine, pharmacie et chirurgie dentaire).

Les familles des étudiants en médecine maintenus en Allemagne pour le service médical des camps sont informées de ce que les autorités allemandes envisagent le rapatriement de ces étudiants.

Les intéressés doivent remplir les conditions suivantes :

1° Appartenir au Service de santé ;

2° Ne pas être docteur en médecine ;

3° Etre d'un grade inférieur à celui de médecin sous-lieutenant.

La qualité d'étudiant en médecine sera établie par un certificat constatant l'immatriculation dans une Faculté de médecine ou dans une Ecole préparatoire ou de plein exercice de médecine avant l'armistice.

Ces certificats seront délivrés par les secrétaires des Facultés ou Ecoles de médecine sur demande des intéressés ou de leurs familles et seront adressés directement, soit par les secrétaires des Facultés ou Ecoles, soit par les soins des familles :

Pour la zone non occupée : au secrétaire d'Etat à la guerre (direction du Service de santé), Royat (Puy-de-Dôme) ;

Pour la zone occupée : au directeur du Service de santé de la région de Paris, 28, avenue Friedland, Paris,
en vue de leur transmission aux autorités allemandes.

Les étudiants qui ne sont titulaires que du certificat d'études physiques, chimiques et biologiques (P. C. B.) n'entrent pas dans cette catégorie et ne peuvent être assimilés à des étudiants en médecine.

Les familles des étudiants en pharmacie et en chirurgie dentaire sont prévenues de ce que les démarches concernant le rapatriement de ces catégories d'étudiants sont actuellement en cours. Dès que les autorités allemandes auront pris une décision favorable un communiqué sera publié à ce sujet. Toutefois, à titre de mesure préparatoire, les familles des étudiants en pharmacie et en chirurgie dentaire sont invitées, dès à présent, à remplir les formalités ci-dessus définies pour les seuls étudiants en médecine.

N. B. — L'attention des familles est appelée sur le fait que les formalités ci-dessus indiquées ne dispensent pas de celles prévues au paragraphe V du communiqué n° 84, qui annule et remplace le communiqué officiel n° 71.

(*J. O.*, 19 février 1942).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

Le contrôle en matière d'Assurances sociales. — Sur la création d'un Comité consultatif mixte santé-ravitaillement. — Réunion du groupement corporatif et sanitaire — Les médecins sous l'impôt. — Les nouveaux membres des Conseils de l'Ordre. — L'Assurance-maladie est-elle un service public ?

Déjà annoncé par l'art. 6 de la loi du 29 mai réformant l'assurance maladie, la réorganisation du contrôle en matière d'Assurances sociales ferait, dit-on, l'objet d'une prochaine loi. On peut aisément en deviner déjà le principe : un corps de médecins, nommé par une Commission mixte Travail-Santé, où l'Ordre serait représenté, aurait à contrôler sur la demande des Caisses « la valeur, l'opportunité et la durée des soins ». Au lieu d'être commé maintenant les fonctionnaires des Caisses, ils bénéficieraient d'un statut légal leur assurant l'indépendance *vis-à-vis d'elles.*

Voir la suite page XXXVII-353

PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAVAUX ORIGINAUX

En raison des restrictions imposées à la consommation du papier, nous prions les auteurs de vouloir bien réduire le texte de leurs articles à QUATRE *ou* SIX *colonnes de notre journal.* (N. D. L. R.)

LES GREFFES LIBRES DE FASCIA LATA

DANS LA RÉFECTION DE CERTAINES HERNIES ET ÉVENTRATIONS VOLUMINEUSES OU RÉCIDIVÉES, ET DANS LA RÉPARATION DES TENDONS

Par Raymond BERNARD

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

On sait combien peut être difficile la réparation de certaines hernies ou éventrations volumineuses ou récidivées, et la diversité des procédés vantés par les chirurgiens en est la preuve la meilleure.

Dans un intéressant article de la *Revue de Chirurgie* (novembre-décembre 1940), Sylvain Blondin et Pierre Lataix, passant en revue ces procédés, recommandent vivement la pose entre les téguments et la paroi musculaire d'un filet souple à mailles d'argent. Ce filet est bien toléré, ne donne pas lieu à des éliminations fâcheuses et il donnerait ces bons résultats, parce qu'il se trouve incrusté en quelque sorte dans le tissu fibreux qui prolifère et s'enfonce dans ses mailles. Ce procédé, inventé par Gœpel, serait fréquemment employé en Allemagne. Les auteurs l'ont eux-mêmes utilisé quatre fois avec des résultats très intéressants.

La lecture de leur article semble convaincante et invite à les imiter. Notamment, l'intérêt principal de ce filet est de permettre la réparation de pertes de substance particulièrement étendues, où d'autres moyens, nous le croyons volontiers, seraient inefficaces. Aussi sommes-nous décidé pour notre compte à l'essayer.

Cet article nous incite cependant à vanter le mérite des greffes libres de *fascia lata,* qui ont sur les inclusions de filets d'argent le gros avantage d'être toujours à la disposition du chirurgien. Bien connues — le Professeur Lenormant en faisait déjà une étude en 1912 (*Presse médicale,* nº 84) — et utilisées par quelques-uns, il semble cependant qu'on ait intérêt à faire connaître une nouvelle fois les excellents résultats, qu'on est en droit d'en attendre.

C'est à la suite de très beaux résultats obtenus pour la réfection des tendons avec des lambeaux de fascia lata enroulés en tubes, que nous avons été amenés à étendre l'indication de ces greffes libres à la cure des hernies et des éventrations. Nous avions été frappés en particulier par le fait assez remarquable que les greffes libres de fascia lata ne se comportent pas seulement comme un transplant passif, mais bien comme un transplant actif, susceptible de prolifération.

Voici d'abord deux observations de reconstitution de tendon d'Achille avec les greffes libres de fascia lata.

Dans la première, il s'agissait d'une rupture ancienne du tendon d'Achille, chez un homme de 55 ans, que j'opérai le 8 avril 1931.

La rupture siégeait à deux travers de doigt au-dessus du calcanéum. Les deux extrémités du tendon effilochées et très altérées étaient distantes de cinq centimètres. La gaine du tendon était elle-même rompue à part quelques lambeaux de sa paroi antérieure.

Devant l'impossibilité absolue d'amener les deux extrémités au contact, on prélève immédiatement un segment de *fascia lata,* qu'on replie pour en doubler l'épaisseur et qu'on enroule en tube, à l'intérieur duquel on introduit et fixe les extrémités tendineuses.

Une botte plâtrée est confectionnée, le malade ayant exigé de pouvoir se rendre à ses occupations au bout de trois jours. Il eut la permission de s'appuyer sur la botte au quinzième jour, l'immobilisation ayant été maintenue en tout cinq semaines.

Au bout de trois mois, le blessé marche, monte et descend les escaliers comme un individu normal et peut se tenir sur la pointe du pied, du côté greffé. Les mouvements de la tibio-tarsienne sont complets.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une désinsertion du tendon d'Achille chez un homme de 71 ans.

◆◆

Une radiographie montre la fracture et l'ascension à cinq centimètres au-dessus de son origine d'un fragment calcanéen de 2 c. sur 1 c. représentant la moitié supérieure de la face postérieure de l'os.

Libération du tendon et traction sur le fragment osseux. On n'arrive à replacer ce dernier dans sa logette qu'en mettant le pied en extension et en tirant, et encore sent-on le tendon d'Achille qui rompt partiellement.

Ayant ouvert la gaine, déchiré plus ou moins le tendon, on ne peut plus que réaliser une greffe de *fascia lata,* et en visser l'extrémité inférieure, dans la logette calcanéenne préalablement curettée, au moyen d'une vis de Lambotte de cinq centimètres Par-dessus la vis, on rabat et suture les restes de la gaine du tendon ainsi que le fragment osseux détaché et conservé.

Le résultat de ce cas fut aussi parfait que le premier. Or, dans l'un comme dans l'autre, ce qui paraît le plus digne d'attention, c'est que la greffe a réellement reconstitué un tendon et non une masse fibreuse. Le tendon fut seulement trop épais, parce que nous avions fait un prélèvement trop étendu, ce qui est, croyons-nous, le travers à éviter. Mais la peau avait retrouvé sa mobilité sur le tendon, comme le tendon était mobile lui-même sur la profondeur.

La tendon d'Achille est pourtant de tous les tendons de l'économie celui qui est soumis aux forces les plus grandes, dans la station sur la pointe du pied notamment, bien supérieures au poids d'un homme si l'on songe aux petites dimensions du bras de levier calcanéen.

Il n'y a rien dans ces faits qui ne soit parfaitement connu. Mais il n'est pas mauvais de redire qu'on a, dans les greffes libres de fascia lata, un matériel excellent pour la réfection des tendons rompus dont il serait bien dommage de se passer, chaque fois que cela peut sembler de quelqu'utilité. En particulier, chaque fois qu'une suture tendineuse tire, lorsque sa solidité laisse à désirer ou lorsqu'il faut, pour arriver à la réaliser, mettre le segment de membre sous-jacent dans une position forcée, à plus forte raison enfin lorsqu'on se trouve en présence d'un écartement irréductible des deux bouts, il faut résolument régulariser les bords de la perte de substance et réaliser immédiatement une greffe.

***

Si on peut enrouler une lame de fascia lata pour fabriquer un tendon, il est plus facile encore d'utiliser la lame elle-même à plat pour reconstituer une aponévrose abdominale dans la cure de certaines éventrations difficiles ou celle d'une hernie dont la réparation laisse à désirer.

A la suite de nombreuses greffes de cette sorte, qui nous ont constamment donné de bons résultats, nous avons maintenant l'habitude de recourir à une greffe libre de fascia lata, non seulement chaque fois qu'il nous manque de l'étoffe, mais chaque fois que la suture ou la cure radicale d'une hernie nous laisse inquiet sur sa valeur et sur son avenir.

Il est si facile d'ioder la cuisse et de prélever une lame tendineuse de quelques centimètres qu'on ne voit, en effet, pourquoi, dans une telle éventualité, on se priverait de l'adjonction aux plans naturels, d'un plan supplémentaire. Il n'en résulte, en effet, d'autre inconvénient que d'allonger un peu l'opération.

Notre cas le plus vieux, date actuellement de huit ans : non seulement la guérison se maintient encore, mais la paroi est restée épaisse, parce que le greffon semble avoir proliféré.

Un de nos cas d'éventration les plus probants, et qui date aussi de quelques années, est intéressant parce que, chez une femme âgée et obèse, la perte de substance, qu'il s'agissait de combler, était un vaste triangle de 7 centimètres de haut à base sus-pubienne, par où sortait la vessie et une grande longueur d'intestin grêle ; comme à ce niveau les plans musculaires avaient complètement disparu et que cette brèche était limitée par la base supérieure du pubis, rien ne pouvait vraiment permettre de la fermer qu'une greffe.

Nous avons prélevé un greffon de 20 cent. de long sur 10 de large (c'est-à-dire d'une dimension telle que nous n'avons pu refermer la brèche d'emprunt, ce dont la malade n'a d'ailleurs ressenti aucun inconvénient). Le greffon fut doublé et fixé derrière les plans abdominaux, entre la suture incomplète de ces plans et le péritoine. Le pansement fut maintenu 25 jours par deux bandages de corps découpés en lanières croisées entre elles à la manière d'un appareil de Scultet. Le lever ne fut autorisé qu'à ce moment, et déjà la région greffée était très épaisse.

Dans tous nos cas, le greffon a été l'occasion d'*une abondante prolifération fibreuse,* si bien que la paroi greffée est plus épaisse que du côté opposé. Dans l'un d'eux même, l'opération fut suivie d'une suppuration abondante avec élimination des fils de suture, mais non de la greffe ; même dans ce cas, elle donna une paroi solide.

Au point de vue technique, le prélèvement du greffon est des plus simples. Il faut le prendre à la partie basse de la face externe de la cuisse, là où l'aponévrose est la plus épaisse (bandelette de Maissiat).

Pour nous, cette pratique est maintenant passée à l'état d'habitude. En dehors des cas où je décide une greffe avant d'opérer, j'en fais une chaque fois qu'une réfection de paroi abdominale paraît laisser à désirer. Et cette manière de faire, à laquelle j'associe quelquefois la castration dans les hernies inguinales volumineuses des hommes très âgés, me permet de reculer à l'extrême limite l'opérabilité des hernies.

LECTURE PRÉCISE DES CLICHÉS GASTRIQUES

Par Max FILIPPI

Ex-moniteur de clinique radiologique à la Faculté de Lille

En général, nos connaissances radiographiques des lésions gastriques se résument en :

niche de Haudek = ulcère ;
lacune = cancer.

Si cette distinction était suffisante, il y a encore dix ans, elle est, à l'heure actuelle, devenue par trop sommaire.

Les auteurs modernes se sont efforcés de différencier certaines déformations, qui leur semblaient constantes et répondre à des faits organiques. Tâche peu aisée : la nébulosité tant critiquée et les inexactitudes partiellement excusables de nominations et de termes, dont fourmillent encore certains rapports radiologiques, en font foi. Rien d'étonnant que le praticien, de son côté, ne puisse faire le choix dans l'ensemble mal formé des signes radiologiques nouveaux.

Pour fixer d'une manière simple les déformations gastriques, il faut considérer que l'estomac présente une silhouette, dont le profil souple, animé de contractions, est sensiblement uniforme et régulier.

Dans cette ligne générale du profil gastrique, l'on remarque :

1° Des images constantes, qui se dessinent en dehors de ce contour, faisant donc hernie, — images débordantes du contour dites « sorties ».

2° Des images constantes, qui se dessinent en dedans du contour gastrique, — images rétractées dites « rentrées ».

Quand on veut lire un cliché, il faut, pour retrouver les lésions désignées ci-dessous, regarder :

1° Le profil gastrique même (pertes de souplesse possibles).

2° Ce qui, d'une manière permanente, sort de ce profil.

3° Ce qui, d'une manière permanente, est « rentré » dans ce profil.

Précisons :

1° Que nous ne nous occupons pas des lésions vues de face, mais seulement de celles des bords, les plus fréquentes (c'est d'ailleurs, le bord qui est bien souvent intéressé dans les lésions centrales), et telles qu'elles apparaissent après l'ingestion du bol baryté classique.

2° Que seules les déformations fixes, — partant supposées lésionnelles, — retiennent notre attention.

3° Que la liste de ces déformations, qui n'est nullement définitive, est néanmoins possible, contrairement à l'opinion de ceux qui redoutent toute classification, certaines images typiques se retrouvant sans conteste d'une manière habituelle.

4° Que la schématisation en images du profil images « sorties », images « rentrées » est, bien entendu, radiologique, nullement anatomique, étant même l'inverse du fait anatomique : l'image débordante ou niche correspond à un creux de la paroi.

IMAGES DU PROFIL GASTRIQUE

La paroi perd sa souplesse : elle est raide, rigide, rectiligne.

1° Raideur et rigidité sont des expressions-limites. Le terme raideur peut impliquer que la perte de souplesse n'est pas absolue. La rigidité est comparable à celle d'une « planche sur une vague » que rien ne peut déformer.

2° Une rigidité peut ne pas être rectiligne. Quand elle est effectivement en ligne droite, s'étendant sur un certain segment, elle est dite « rectitude segmentaire ».

3° Quand la raideur se localise, non seulement à la petite courbure mais également à la grande, dans la région antrale, elle crée un effilement pylorique pouvant réaliser « l'aspect en pain de sucre » de Gutmann.

IMAGES DÉBORDANT LE PROFIL

Ces images débordantes se résument en la niche. La niche se décrit par sa forme générale : pointue, arrondie ; par sa régularité et par sa racine, c'est-à-dire, sa base : étalée puis de plus en plus étroite.

Par graduation, en se basant seulement sur la largeur de la base de la niche, on observe ce qui suit :

1° La niche en plateau. Si la rectitude de la paroi sort faiblement du contour gastrique, soit par une extrémité, soit par les deux extrémités, elle forme un exhaussement, une hauteur faiblement saillante, plate et uniforme : c'est la niche en plateau de Gutmann.

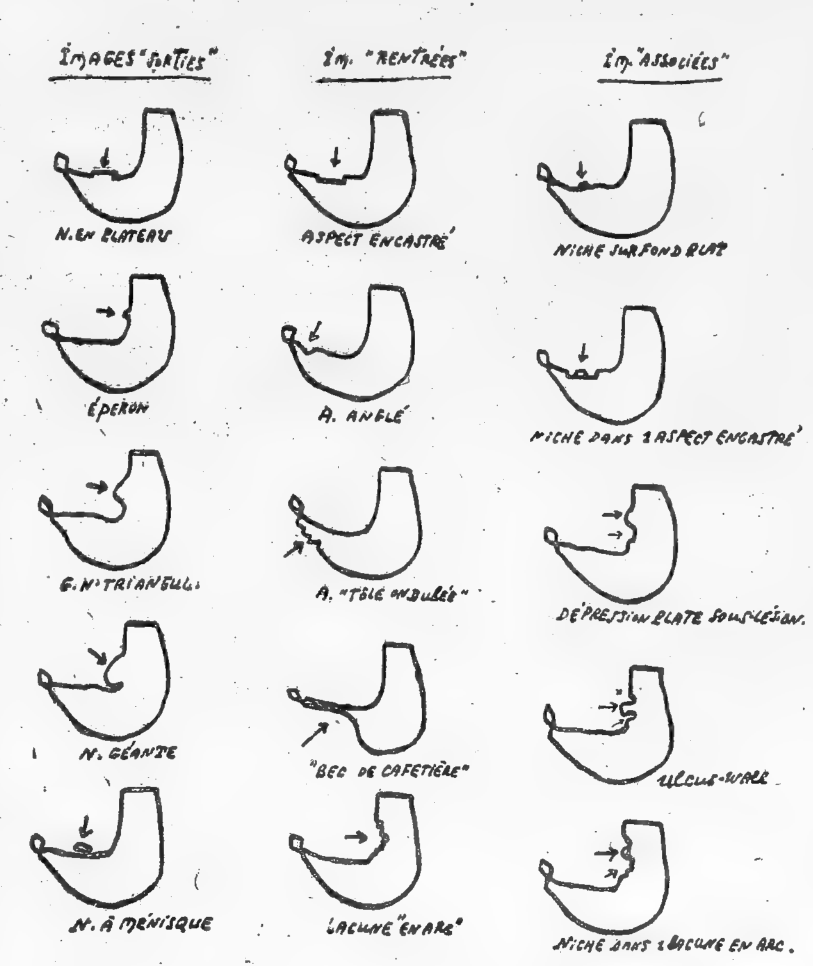
2° Si l'image sort discrètement en pointe (triangulaire donc et petite), c'est la niche en éperon. Si cette image, toujours triangulaire, est vaste et large, occupant un segment de la paroi, semblable à une forte ondulation gastrique à sommet pointu, ou à un volcan, elle réalise la grosse niche triangulaire de Gutmann.

3° La niche peut être arrondie, mais tenir au profil gastrique par une base extrêmement large,

étalée, et être souvent au-dessus de l'angle de l'estomac : c'est la niche géante (fréquemment ulcéreuse).

4° Lorsque l'image sortante, arrondie, est séparée de cette paroi gastrique par une ligne claire, nous sommes en présence d'une niche à base claire dite « niche à ménisque » de Carman. Cette base claire correspond au rebord œdémateux ou induré de la lésion vue de profil. (Lorsque cette ulcération est, en effet, vue de face, la base claire se dessine comme un anneau clair : image en pessaire de Spéder).

5° Si l'image « sortie » est arrondie et présente, non plus une base très large, comme la niche en plateau ; ou une base plus vaste que la niche, comme dans la niche triangulaire ; ni une base claire, comme celle de la niche de Carman, mais une base plus petite que la niche elle-même, elle est dite « sessile » ; et, si cette petite niche, située sur la portion verticale de la petite courbure, est à demi remplie de baryte, nous retrouvons l'image classique ancienne de la niche de Haudek.



Images rentrées dans le profil

Par graduation, en nous enfonçant dans la paroi gastrique, nous trouvons les aspects suivants :

La dépression est régulière.

1° Une raideur de la paroi, qui s'enfonce uniformément dans cette paroi : c'est l'aspect « encastré » de Gutmann, comparable à la niche en plateau, raideur « sortie ». Cette dénivellation à deux talus se compare à la coupe d'une tranchée ou d'un fossé anti-char ou d'une manière plus juste, à l'empreinte d'un talon fin sur le sable mouillé. Quant cette raideur ne s'enfonce dans la paroi gastrique que par une seule de ses extrémités, nous voyons un aspect en « marche d'escalier » de Haudek.

2° Si cette raideur n'est plus rectiligne, mais cassée par son milieu, formant une image petite et pointue, nous observons l'aspect anglé, comparable à la niche en éperon.

3° Si les dénivellations sont petites, menues et groupées comme des ciselures ou des petites vagues, c'est l'aspect en vagues menues, nommé encore « aspect en tôle ondulée » par Gutmann.

4° La paroi peut être creusée, rabotée uniformément, réalisant une dépression en arc : c'est l'aspect de « spasme permanent » à base lésionnelle.

5° Quand ce spasme permanent à base lésionnelle (ulcus calleux, péricholécystite...) déforme la grande courbure de l'antre, il réalise un « col de cygne », plus prosaïquement nommé pylore « en bec de cafetière ».

La dépression est irrégulière.

6° Quand cette dépression est irrégulière, nous arrivons à l'aspect lacunaire, — soit « grignoté » de forme générale rectiligne, — soit lacune « en arc » (Gutmann) de forme générale arquée, — soit lacune classique, arquée, grignotée, « anarchique » ou « vermoulue ».

Quelques images décrites plus haut peuvent s'associer

Cas fréquents ; voici quelques images typiques :

1. Sur une raideur localisée, se détache une

petite niche banale, arrondie ou autre : c'est la niche sur fond plat (Gutmann).

2. Une niche, — image sortie, — peut présenter une dépression plate rentrée à son extrémité inférieure : dépression plate sous-lésionnelle d'Akerlund.

3. Sur une raideur rentrée dans la paroi, — aspect encastré, — peut se détacher une niche : c'est une niche dans un aspect encastré de Gutmann.

4. Une niche de la portion verticale de la petite courbure peut être cernée par l'existence de deux dépressions de la paroi correspondante à un œdème péri-ulcéreux ou à un rebord induré : c'est l'Ulcus-Wall ou rempart de l'ulcus.

5. Une niche peut se dessiner dans une lacune en arc ou dans une lacune classique.

Dans certaines de ces associations, on remarque que l'image débordante : niche, peut être rentrée dans le profil gastrique par suite de l'effondrement de la paroi sur laquelle elle repose : aspect encastré, lacunaire... Mais c'est là une simple apparence, due à la rétraction pariétale : la niche ressort toujours de la ligne gastrique lésée.

La désignation exacte des aspects lésionnels n'est pas une simple satisfaction radio-anatomique (l'infiltration donne la raideur, l'ulcération la niche, la prolifération, la lacune) mais elle permet d'apporter la signification clinique la plus vraisemblable.

Il n'est pas possible d'entrer ici dans de trop subtiles traductions radio-cliniques. On discute encore de certaines de ces figures-limites, dont les unes portent l'empreinte d'une malignité naissante ; les autres, celle d'une bénignité de bon aloi.

Ce qu'on peut dire, c'est qu'elles traduisent toujours l'un ou plusieurs des processus suivants qui résument, d'ailleurs, toute la pathologie gastrique :

— ulcère ;
— cancer ;
— gastrite ;
— périviscérite.

La seule gastrite œdémateuse produit des aspects émouvants de néo typiques. Voilà pourquoi, avant de conclure à l'existence d'un des processus précédents, il faut (sauf dans quelques cas tranchés qui appartiennent, d'ailleurs, à la phase d'état de la maladie) utiliser l'épreuve thérapeutique et revoir graphiquement le malade : c'est ce que Gutmann appelle le test thérapeutique évolutif. Nous avons eu l'occasion d'en parler récemment (*Concours Médical*, 27 juillet 1941).

La conclusion quotidiennement utile de l'exposé précédent est que la persistance, après épreuve thérapeutique, d'une des images radiologiques sus-décrites (et fixées dans le tableau ci-après) nous amène à affirmer le pire : le néo authentique, après nous avoir permis d'éliminer la bénigne gastrite et nous avoir fait envisager l'ulcus simple et compliqué.

DENSITÉ SANGUINE ET PHLÉBITES

Par le Docteur Pierre Pitous

On entend par phlébite, au sens éthymologique du mot, l'inflammation de la paroi d'une veine ; et par extension, on englobe dans cette appellation, outre les signes généraux communs à toutes les affections aiguës, l'ensemble des troubles trophiques et des perturbations qui siègent au niveau des membres atteints.

Aussi bien, l'attention des cliniciens comme celle des auteurs a-t-elle jusqu'à présent toujours été attirée et polarisée de ce côté. Nous nous attachions surtout à l'examen attentif des membres, aux œdèmes douloureux, aux troubles trophiques, aux arthropathies ; et nous jugions satisfaisantes les cures thermales qui amenaient la disparition de ce syndrome clinique. La phlébite, en effet, avait toujours été regardée exclusivement comme une maladie de la veine, c'est-à-dire comme une maladie du « contenant ».

Cependant, un point restait obscur : beaucoup de nos malades, après une guérison qui paraissait définitive, continuaient à ressentir des troubles divers dans les mois qui suivaient leur cure, (pesanteur des mollets, crampes, fourmillements, froid aux pieds, réapparition des œdèmes) que la disparition complète du processus infectieux et une restitution totale de l'état général et local ne pouvaient plus justifier.

Dans ces conditions, il nous a semblé logique de supposer que ce syndrome post-phlébitique était non seulement la manifestation de troubles veineux anciens, mais que ces troubles s'éten-

◆◆◆

daient au sang lui-même, dont les qualités physiques pouvaient être altérées ou modifiées.

Avec le Docteur L. Servantie, de Bordeaux, et le Docteur André Pitous, nous avons dirigé dans ce sens nos investigations. Nous avons recherché si le sang, qui représente dans ce cas le « contenu » ne devait pas être rendu responsable de certaines séquelles, dont l'étiologie nous avait toujours échappé.

Par des examens biologiques, nous nous sommes efforcés de caractériser le retentissement humoral de l'affection en cause. Nous avons eu recours pour cela à la microméthode densimétrique de Barbour et Hamilton, qui, chez des sujets normaux, nous a donné des chiffres très précis et constants de densité sanguine (D. S.) oscillant entre 1.055 et 1.056.

Ce sont les résultats de ces mesures que nous exposerons dans cet article.

Ils diffèrent selon que nous avons à faire :

1° A une phlébite récente ;

2° A une phlébite ancienne ;

3° A des troubles circulatoires divers, étiquetés souvent « périphlébites », mais plutôt en rapport avec la ménopause chez la femme, ou consécutifs à des traumatismes des membres ou à des injections sclérosantes des veines ;

4° Aux petits œdèmes des pléthoriques hypertendus, qui viennent quelquefois demander aux eaux de Barbotan d'améliorer une circulation qu'ils jugent défectueuse.

Chez tous ces malades, nous avons pratiqué systématiquement la recherche de la densité sanguine, le temps de coagulation, la mesure de la pression artérielle.

I. — Phlébites récentes (quelques mois à un an)

a) La densité sanguine est toujours élevée : 1.065 en moyenne, quelquefois au-dessus ;

b) Le temps de coagulation est très abaissé, 4' à 6' ;

c) La tension maxima est normale, la minima est élevée : entre 9 et 11 au Pachon.

II. — Phlébites anciennes

a) La densité sanguine oscille autour de 1.060, jamais au-dessous ;

b) Le temps de coagulation est abaissé, entre 10' et 8' ;

c) La maxima est normale, la minima est de 8 en moyenne.

III. — Troubles circulatoires et œdèmes des membres, à l'exclosion des œdèmes phlébitiques :

a) La densité sanguine est normale : 1.055 ;

b) Le temps de coagulation est abaissé à 10' ;

c) La maxima et la minima sont normales.

IV. — Petits œdèmes des Pléthoriques

a) La densité sanguine est normale ;

b) Le temps de coagulation très abaissé : 4' ;

c) La maxima est élevée, 20 et au-dessus. La minima, très variable dans ces cas, ne nous a pas permis de trouver une moyenne. Tantôt élevée lorsque le cœur est à la limite de ses possibilités, tantôt très basse, même en l'absence de lésions valvulaires.

Quelles *conclusions* pouvons-nous tirer de ces examens, qui portent environ sur deux cents observations caractéristiques ?

1° Nous pouvons affirmer qu'une densité sanguine est le test biologique essentiel d'une atteinte phlébitique ;

2° La densité sanguine est d'autant plus élevée que la phlébite est plus récente ;

3° Le temps de coagulation n'est pas fonction de la densité sanguine ;

4° En présence de troubles circulatoires et trophiques des membres, lorsque nous trouvons chez un malade une densité sanguine normale, nous pouvons éliminer avec certitude l'existence préalable d'une atteinte phlébitique.

Il est facile, par l'exposé de ces résultats, de se rendre compte quelle aide précieuse sera pour le clinicien la connaissance des modifications physiques du sang et surtout des modifications de la densité sanguine.

Elle lui fera connaître l'étendue de la participation humorale au syndrome de la phlébite. Elle l'aidera dans son diagnostic en lui faisant éliminer les cas douteux. Enfin, elle sera pour lui un élément appréciable de pronostic, puisqu'elle lui permettra de suivre avec certitude l'évolution de la phlébite et de ses séquelles vers la guérison définitive.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

L'insuline-histone

R. BOULIN expose que l'insuline-histone est appelée à remplacer dans les conditions actuelles l'insuline-protamine-zinc; la fabrication de cette dernière nécessite, en effet, l'emploi de laitance de saumon, d'où l'on extrait la protamine qui est aujourd'hui d'un ravitaillement difficile ; l'histone, par contre, est extraite du thymus, organe facile à trouver. L'insuline-histone est, comme l'insuline protamine-zinc une insuline à action lente, mais durable, qui s'oppose à l'insuline ordinaire ; elle est d'un maniement assez facile, et donne des résultats, comme des accidents, tout à fait analogues à ceux d'insuline-protamine-zinc. (*La Presse médicale*, 29 novembre 1941).

La primo-infection tuberculeuse maligne de l'adulte jeune

MM. TROISIER, BARIÉTY et BROUET soulignent les modalités cliniques différentes, revêtues pas ces primo-infections malignes, les unes donnant lieu à une dissémination miliaire (pulmonaire ou extra-pulmonaire), les autres évoluant localement sur le poumon sur le mode ulcéro-caséeux. Certains de ces derniers cas transposent chez l'adulte la tuberculose de généralisation précoce du nourrisson ou la phtisie pubertaire, qui comportent simultanément des lésions pulmonaires ulcéro-caséeuses et des adénopathies trachéo-bronchiques.

D'autres, véritables fontes parenchymateuses malignes, font apparaître brusquement chez des sujets d'une vingtaine d'années une tuberculose pulmonaire de « type adulte », cavitaire, coïncidant avec un virage de la réaction tuberculinique jusque là négative. Ces formes malignes apparaissent de plus en plus fréquentes, depuis que la primo-infection de l'adulte est mieux connue ; elles semblent plus à redouter chez l'adulte que dans les primo-infections infantiles. Il est d'ailleurs plus inquiétant de voir une cutiréaction virer chez un adulte jeune que chez un enfant. Cependant, d'une manière générale, on constate actuellement la fréquence et la gravité accrues des primo-infections tuberculeuses. C'est un argument pressant en faveur des mesures de dépistage systématique, de traitement précoce, de prémunition, qui s'appliquent à l'adulte jeune aussi bien qu'à l'enfant. (*La Presse medicale*, 6 décembre 1941).

Sur l'efficacité de la vitamine K dans les méno- et métrorragies

R. DIETZ a pu combattre avec succès des cas de méno- et de métrorragie par l'administration de vitamine K ; il y avait chez ces patientes, un déficit en prothrombine, que ne laissaient pas supposer les manifestations cliniques. Sur six observations d'hémorragies juvéniles, il y eut cinq fois une action immédiate et définitive ; chez la sixième malade, la ménorragie se reproduisit aux règles suivantes, mais alors la médication renouvelée procura le succès final et complet. Quatre malades ménorrhagiques réagirent d'une manière totale et rapide à la vitamine K ; parmi elles, il y avait deux annexites dans le Douglas, et une endométrite, vraisemblablement abortive. Enfin, sur sept polyménorrhées, on ne nota qu'un échec. Les deux premiers jours, le médicament fut donné par injections intra-musculaires ; les cinq jours suivants, on adapta la voie digestive. (*Munch. Mediz. Wochens.*, 12 septembre 1941).

La meilleure façon pour un praticien de stériliser ses seringues

Des cas de gangrène gazeuse, avec issue fatale, ont pu être observés à la suite d'injections faites à l'aide de seringues, qui, souvent, étaient conservées dans l'alcool, où purent être décelées les spores de la gangrène gazeuse. Pourquoi donc cet accident constitue-t-il une rareté parmi les milliers d'injections pratiquées chaque année ? C'est qu'indépendamment du matériel stérile, deux conditions importantes sont nécessaires au développement de la gangrène gazeuse : un état général très déficient, et une action médicamenteuse, qui soit par elle-même nocive pour les tissus.

Le Docteur THORER étudie, du point de vue pratique, la stérilisation des seringues et aiguilles, les solutions injectables devant être elles-mêmes exemptes de germes. La méthode la plus fréquemment employée consiste dans l'ébullition ; mais les streptocoques résistent à dix minutes de chauffage, les spores de la gangrène à quinze minutes ; il faudrait recourir à l'autoclave à 120°, ou au stérilisateur sec à 160°. La conservation dans l'alcool simple est elle-même insuffisante. Dans ces conditions, il est recommandé de garder dans l'alcool à 70 %, avec addition de 5 % de formol, les seringues et les aiguilles, après les avoir stérilisées à l'autoclave. (*Munch. Mediz. Wochens.*, 10 octobre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Observations recueillies au cours d'une année d'inspection scolaire

(M. le médecin général DUGUET. — Présentation par M. BEZANÇON ; 6-1-1942)

L'inspection médicale de plusieurs écoles, dans les Landes, poursuivie de décembre 1940 à octobre 1941, a permis à l'auteur de noter certaines influences de la vie scolaire actuelle sur le comportement organique del l'enfance. Ainsi, M Duguet a pu constater un trouble sérieux du poids des écoliers qui s'est montré, en dehors de toute cause morbide apparente, en décroissance chez 39 p. 100 des filles et 27,7 p. 100 des garçons. Avec la période de vacances, les autres conditions de vie restant inchangées, une récupération de poids s'est produite. L'auteur conclut que, dans les conditions actuelles du régime alimentaire des enfants, il faut combattre tout surmenage scolaire.

— M. BEZANÇON insiste également pour que l'excès sportif et l'extension abusive des programmes ne viennent pas, chez les enfants, s'ajouter à l'insuffisance de l'alimentation. De nouvelles enquêtes devraient être faites sur cette question.

— M. Pierre DELBET estime qu'une particularité atténue peut-être la portée des constatations de M. Duguet. Il est connu que la croissance se produit par poussées et que ces poussées s'accompagnent souvent d'une diminution de poids, suivie d'une récupération de ce poids. Avant d'incriminer le régime scolaire, il faudrait voir si les vacances ne correspondent pas précisément à la période , à la saison où normalement les enfants font cette récupération et cet accroissement de poids.

Le phénomène de l'auréole invisible péri-eczémateuse, péri-psoriasique, etc.

(M. H. GOUGEROT ; 23-12-1941)

Le phénomène de l'auréole invisible, décelable par différents moyens, révèle autour de certaines lésions cutanées, notamment d'eczéma, de psoriasis, d'urticaire, une couronne de dermatose invisible, caractérisée tantôt par des lésions histologiques, tantôt par de simples troubles biologiques.

Ce phénomène peut être décelé par deux techniques : le badigeon externe (auréole décolorée) et l'injection intra-veineuse de colorants (auréole colorée). Dans la première technique, le colorant appliqué en badigeon est résorbé au niveau de la lésion visible et également sur une distance de 1 à 2 millim. de cette lésion. Dans la deuxième technique, « interne », les placards de dermatose se colorent et aussi l'auréol qui l'entoure. Auréole décolorée et auréole coloré ne sont ni spécifiques de telle dermatose, ni constantes dans les dermatoses où elles sont les plus fréquentes. Le phénomène de l'auréole, témoin de dermatose invisible, n'en offre pas moins un intérêt doctrinal et pratique.

Action des aérosols d'adrénaline sur la pression artérielle du chien

(M. Robert TIFFENEAU — Présentation par M. Marc TIFFENEAU ; 23-12-1941)

L'inhalation d'aérosols d'adrénaline détermine chez le chien une élévation de la pression artérielle, à condition d'utiliser une solution concentrée (1 p. 100) et de recourir à un animal dont le débit respiratoire est convenable et dont la sensibilité à l'adrénaline a été démontrée.

En comparant les effets hypertenseurs de l'adrénaline administrée par inhalation et par perfusion continue, l'auteur a pu calculer approximativement la proportion de substance inhalée qui pénètre dans la circulation générale ; ce taux de pénétration varie de 5 à 20 p. 100.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Trois cas parisiens de maladie des jeunes porchers

(F. COSTE, M. MORIN et M. HARDEL ; 24-10-1941)

Cette maladie, due à un virus filtrant, peut s'observer en dehors des pays d'endémie : témoin les deux (et probablement trois) contaminations, auxquelles les auteurs viennent d'assister dans une porcherie de l'assistance publique. Dans ces cas, on a retrouvé certaines particularités courantes de cette maladie : intensité de la céphalée et des myalgies, dissociation du pouls et de la température, évolution de cette dernière en deux poussées plus ou moins nettes (sorte de V grippal), apparition ou accentuation du syndrome méningé lors de la deuxième poussée, formule à polynucléaires du liquide, albuminurie, cylindrurie et hyperazotémie passagères, signes neurologiques organiques transitoires, et finalement guérison sans séquelles. En revanche, manquaient, outre l'exanthème : la diarrhée fétide, la légère splénomégalie, la conjonctivite. Mais le tableau clinique de la maladie est assez variable et l'inconstance de ces derniers symptômes a été maintes fois signalée.

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

❖ ❖

LA LIGNE DE CONDUITE DU CONCOURS MÉDICAL

Le *Concours médical* a été pris à partie dans un Ordre du jour du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de l'Orne où on l'accuse de manquer de déférence envers l'Ordre en général et les Pouvoirs dont relève notre profession.

Un médecin de ce département dans une lettre adressée à nos administrateurs, sommait même avec peu d'aménité le Journal de modifier sa conduite, le menaçant de cesser de le lire.

Dans une réponse courtoise un de nos administrateurs l'a averti que le *Concours médical* ne lui parviendrait plus, prévenant ainsi ses désirs.

D'autre part, certains lecteurs nous reprochent de ne pas prendre avec assez d'énergie la défense des intérêts des médecins, notamment de ne pas nous prononcer dans le conflit qui s'est élevé entre l'Académie et le Conseil supérieur de l'Ordre.

Le blâme, venant de deux groupes aussi opposés, prouve que nous suivons le droit chemin et nous invite à continuer.

Nous entretenons les meilleurs rapports avec le Conseil supérieur de l'Ordre et le ministère de la Santé qui veulent bien de temps à autre nous donner des informations. Elles font actuellement connaître, ce que fâcheusement les médecins ignoraient jusqu'ici, les efforts que font ces organismes pour défendre leurs intérêts sans porter préjudice aux intérêts plus sacrés des malades.

Gardant sa complète indépendance, ayant le souci de se garer de toute emprise politicienne, le *Concours médical* sans se départir de sa modération et de sa courtoisie chez lui traditionnelles, fera le possible pour renseigner d'une façon précise ses lecteurs sur tout ce qui les intéresse.

Sans se préoccuper des blâmes qui peuvent lui être adressés, il entend comme par le passé, approuver tout ce qu'il jugera utile à la profession et critiquer sans aigreur tout ce qui sera ou qui lui paraîtra nuisible et qui lui sera signalé comme tel.

En attirant l'attention des Pouvoirs publics et du Conseil supérieur de l'Ordre sur ces derniers cas, il ne fera jamais acte d'opposition systématique, mais son désir sera de provoquer si possible un nouvel examen des questions en litige.

Il sait que cette attitude aura l'approbation de la presque unanimité du Corps médical.

Le Directeur du Concours médical :

J. NOIR.

LA CONFÉRENCE DE MARSEILLE

Devant les délégués des Conseils départementaux de l'Ordre de la zone libre, réunis en conférence à Marseille le dimanche 15 février, le Professeur Leriche a exposé le bilan du Conseil supérieur pour l'année 1941 et son programme pour 1942. Heureuse initiative que cette sorte de compte-rendu d'un mandat ; à la faveur de ces vues panoramiques peuvent apparaître les lignes d'un édifice qui étaient demeurées méconnues lorsque se taillaient les pierres une à une.

Le Conseil a travaillé dans un désir d'ordre et d'harmonie au sein de la profession, dit le Président, et nul ne doutera de ses excellentes intentions. Est-il cependant parvenu à les réaliser ? C'est ce que contesteront beaucoup qui inscriront au passif certains postes rangés dans l'actif de ce bilan.

Ainsi du Code de déontologie, œuvre considérable, mais de valeur discutable et discutée du reste jusqu'à la tribune de l'Académie. C'est à

propos de ce Code que le prestige du Conseil supérieur fut le plus menacé et que ses méthodes de travail soulevèrent les passions. Un monument aussi imprescriptible qu'un Code de moralité doit, lorsqu'il paraît aux yeux du public, avoir acquis ses lignes définitives. Le retoucher à peine promulgué, c'est trahir des indécisions et remettre implicitement en question son caractère impératif. Nous avons maintes fois fait l'épreuve en France qu'une loi débile et qui ne se fait pas respecter est plus nocive que l'absence de loi. Et la dichotomie condamnée par ce Code velléitaire n'est pas morte. Le Professeur Leriche regrette à juste titre que certains médecins se parjurent éaisment et n'aient guère vis-à-vis d'eux-mêmes le respect de la parole qu'ils ont donnée. Mais le Code de déontologie, s'il eût été moins mystérieusement élaboré, plus explicitement discuté, présenté sous une égide professionnelle aussi large que possible et non comme l'émanation d'un cénacle, eut peut être acquis une autre force coercitive.

Le Professeur Leriche passa aussi en revue les autres problèmes sur lesquels, au cours de l'an passé, le Conseil supérieur s'est appesanti : évocation de tous les contrats passés par les médecins avec les collectivités, demande de relèvement des tarifs sociaux, prisonniers de guerre, œuvres d'assistance, essence, charbon, carte T, impositions fiscales. Ici l'action salutaire du Conseil supérieur n'est plus contestable et le travail fourni doit être loyalement reconnu. Les médecins (et nous-mêmes très souvent) l'avons à l'occasion gourmandé et accusé d'inertie parce qu'ignorant ses initiatives. Il fut modeste, mais à l'excès, et c'est ici que l'excès devient un défaut.

***

Tel est le bilan de 1941 ; quant au programme d'action pour 1942, il emporte sans discussion l'adhésion la plus large et le seul souhait à formuler, c'est que les réalisations ne le cèdent en rien aux projets.

Parmi ceux-ci celui qu'il faut mettre en exergue implique un renouvellement total des méthodes et des directives au sein du Conseil supérieur : celui-ci entend ouvrir ses fenêtres, bannir l'ambiance claustrale qui tenait les médecins en défiance, inviter ceux-ci à collaborer avec lui par l'intermédiaire des Conseils départementaux qui créeront des Commissions d'étude et demanderont aux praticiens d'y participer. Ainsi se réalise le vœu si souvent exprimé que, à l'intérieur de l'Ordre, la circulation se fasse dans les deux sens et de bas en haut aussi bien que de haut en bas. A défaut d'élections, les médecins seront ainsi en mesure, comme naguère, de faire connaître leurs opinions et leurs désirs ; ils n'auront plus cette sensation oppressante que leur destin se décide en haut d'un Sinaï entouré de tonnerres et qu'il faut entendre l'Ordre dans le sens de commandement. Si soumis soit-on aux nécessités de la France nouvelle, il est dur de se faire à l'obéissance passive et surtout de se la voir imposer par des confrères.

Le Professeur Leriche affirme en outre avec force que toutes ses aspirations continuent d'aller vers une médecine libre, profession libérale, hors de toute étatisation. « Le ministre de la Santé publique, ajoute-t-il, se porte garant de cette indépendance ». Précisons cette déclaration en disant que, selon certains renseignements, une loi prochaine fortifierait de façon substantielle la position des médecins vis-à-vis des Caisses.

Le Conseil supérieur se montre au fait des dernières innovations en matière de médecine sociale : médecine du travail, Caisses mutuelles médico-chirurgicales et les envisage avec faveur.

Enfin, il annonce comme prochain le projet de loi sur la retraite et les œuvres d'assistance.

Le programme, on le voit, est large, cohérent et d'esprit libéral. Beaucoup de bon travail peut être fait selon de telles directives.

Il nous faut souhaiter pour 1942 aux médecins de France un renouveau de foi en leurs destins.

G. Lavalée.



LES COMMISSIONS ADMINISTRATIVES HOSPITALIÈRES PEUVENT-ELLES EFFECTUER DES RETENUES SUR LES HONORAIRES DU CORPS MÉDICAL ?

Notre courrier nous a apporté récemment maints échos des inquiétudes nées chez nos correspondants de la prétention exprimée par certaines Commissions administratives de retenir sur les honoraires du Corps médical, un pourcentage atteignant parfois jusqu'à 35 %. Nous venons d'apprendre en outre que dans un important chef lieu de canton de Seine-et-Oise, le prélèvement opéré était, il y a six mois encore, de 60 % ! Il est à l'heure actuelle modestement ramené à 40 %. Les prétextes donnés pour justifier pareilles exigences sont variés : tantôt, il faut combler le déficit du budget d'un hôpital déterminé par une contribution imposée aux médecins de tous les hôpitaux du département ; tantôt le pourcentage demandé l'est à titre de frais de perception, ou encore à titre de remboursement des sources supplémentaires de frais généraux liées à l'activité professionnelle du médecin à l'hôpital.

Nous croyons donc intéressant de préciser quels sont les droits des Commissions administratives en pareille matière. Eliminons bien entendu du débat les retenues fiscales (impôt cédulaire sur les traitements et salaires, et contribution nationale extraordinaire) applicables à tout traitement quel qu'il soit.

Le règlement intérieur de l'hopital est muet

Examinons d'abord le cas des soins donnés aux *malades payants*. Les honoraires médicaux ne sont fixés ni par la loi ni par des arrêtés ministériels pris en exécution de la loi : ils font l'objet d'un accord entre l'hôpital et son Corps médical. Cet accord ne s'analysant pas en un contrat de droit privé, la Commission administrative peut modifier à tout moment les conditions de rémunération des médecins, sous la seule réserve de ne pouvoir être accusée de détournement de pouvoir. Il lui suffit d'amender son règlement intérieur auquel le médecin adhère, et le résultat cherché par elle est obtenu, sans que le médecin ait d'autre défense que de reprendre alors sa liberté.

Toutefois, si cette modification du règlement intérieur est toujours possible, la Commission administrative n'est pas en droit, lorsque ce règlement intérieur ne le spécifie pas, de s'approprier une part des sommes touchées pour le compte des médecins. Maître Bernard Auger, notre avocat aux Conseils, auquel nous avons tenu à poser la question, estime qu'une telle façon de faire serait inadmissible, « car cela reviendrait à faire réaliser à un hôpital qui touche déjà un prix de journée suffisant et au-delà, en principe du moins, pour couvrir ses frais, un bénéfice occulte indirect, et à lui faire grossir son prix de journée au détriment de son Corps médical ».

Ce qui est impossible en matière de clientèle payante, l'est *a fortiori* quand les soins ont été donnés aux *accidentés du travail et aux assurés sociaux*. Pour les premiers, la législation qui fixe les sommes payées par le chef d'entreprise et la répartition de ces sommes, est d'ordre public (art. 4, § 8 et art. 30, § 1er de la loi du 9 avril 1898 modifiée par la loi du 1er juillet 1938, arrêté ministériel du 5 mai 1939). Il n'est pas permis d'y déroger (1).

Les seconds sont admis à l'hôpital en vertu de conventions hôpital-caisses qui constituent pour les médecins de véritables stipulations pour autrui, et qui créent à leur profit un droit auquel les hôpitaux ne peuvent porter atteinte par décision unilatérale.

Il nous faut donc conclure qu'en droit strict, les prétentions des Commissions administratives sont, dans cette hypothèse, absolument inadmissibles.

Le règlement intérieur contient une clause autorisant le prélèvement

Est-ce que cette clause est valable et dans quelles limites ?

En d'autres termes, les arguments dont se servent les Commissions administratives peuvent-ils être pris en considération ?

N'insistons pas sur la nécessité de combler un déficit local. Rien ne légitimerait de faire supporter une telle charge aux médecins des hôpitaux voisins.

Que vaut par contre l'argument « frais de perception » ? Les « bons offices » d'encaisseur assurés par la Commission administrative ne lui sont pas demandés par les médecins, pour leur commodité personnelle, mais au contraire sont imposés à ceux-ci par la Circulaire Sellier du 26 septembre 1936 dont les directives ont été

(1) Voir cependant en sens contraire, arrêt isolé de la Chambre des requêtes de la Cour de cassation du 28 avril 1926, autorisant les conventions particulières pour les soins médicaux et pharmaceutiques.

confirmées par l'arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1938 (arrêt Dufour) bien connu de nos lecteurs. Par conséquent, si rémunération il doit y avoir, elle ne saurait être aussi élevée que s'il y avait entremise sollicitée par les médecins et utile pour eux : c'est un premier point.

Cette rémunération devrait en tous cas se rapprocher autant que possible du chiffre exact des frais exposés : second point. En fait, le taux communément admis pour des recouvrements *non contentieux* lorsque des débours spéciaux de procédure ne peuvent être justifiés est au maximum de 8 à 10 %. Les Commissions administratives seraient bien en peine de justifier d'un débours quelconque sauf, peut être, d'insignifiants frais de papeterie. Le prélèvement d'une somme de 5 à 8 % au maximum nous paraîtrait en conséquence tout à fait normal, à titre de frais de perception. En fait, nous savons que 5 % est le taux en vigueur dans bon nombre d'hôpitaux.

Reste l'argument « participation aux frais généraux ». Cet argument ne peut être utilisé contre les praticiens exerçant la médecine générale, dont l'activité professionnelle n'entraîne pour l'hôpital aucune charge supplémentaire.

En ce qui concerne les chirurgiens, certains frais spéciaux sont exposés à l'occasion de leurs interventions (pansements, frais de salle d'opération, appointements de gardes et d'aides, etc.). Mais l'hôpital doit tenir compte de ces frais accessoires dans le calcul de son prix de journée. Il ne peut donc les imputer au chirurgien.

La question est différente pour certains spécialistes comme les radiologues ou les stomatologistes qui usent du courant électrique et utilisent un matériel dont il y a lieu de prévoir l'amortissement spécial ou les réparations, d'où à la charge de l'hôpital, certains frais supplémentaires difficilement récupérables. Or, le spécialiste qui opère à l'hôpital est exonéré de cette même portion de frais qu'il serait obligé de supporter s'il exerçait à son cabinet. On peut donc admettre comme équitable le principe d'une retenue sur les honoraires de ce spécialiste.

Même sur ce terrain, il faut encore faire une distinction entre la matière des accidents du travail et celle des Assurances sociales. Un prélèvement sur les honoraires accidents du travail serait parfaitement légitime, car la tarification pour les soins donnés à l'hôpital ou au cabinet est identique.

En matière d'Assurances sociales, les honoraires pour soins donnés à l'hôpital étant inférieurs à ceux habituellement demandés pour soins donnés au cabinet, le prélèvement serait plus discutable, en tous cas il devrait être certainement plus discret.

Là encore, comme dans l'hypothèse des frais d'encaissement, le prélèvement devrait être calqué sur les frais *effectivement exposés.*

Conclusion

Ainsi deux principes sont nettement dégagés :

1° Lorsque le règlement intérieur de l'hôpital n'autorise pas la Commission administrative à le faire, celle-ci commettrait un excès de pouvoir en retenant quoi que ce soit sur les honoraires des médecins.

2° Si le règlement intérieur contenait une telle autorisation, il ne serait lui-même à l'abri d'un recours pour excès de pouvoir que dans la mesure où il limiterait les prélèvements à un pourcentage raisonnable, justifié par des frais d'encaissement ou des frais généraux contrôlables. A défaut, comme dans le cas précédent, le Conseil d'Etat serait utilement saisi. Le « Sou médical » serait à la disposition de ses adhérents pour leur donner son appui moral et pécuniaire.

Les débats qui sont ainsi soulevés seront-ils apaisés par la réforme hospitalière en gestation et dont la loi du 21 décembre 1941 constitue les prémisses ? Il faut l'espérer. Mais rien n'est moins sûr. Il appartiendrait au Conseil supérieur de l'Ordre d'agir pour que la question de la rémunération des médecins d'hôpitaux soit élucidée et ne prête plus à aucune ambiguité.

Nous croyons savoir qu'un progrès considérable pourrait d'ailleurs être réalisé, sans intervention du législateur, à la faveur de la révision de la nomenclature des actes médicaux en matière d'Assurances sociales, nomenclature que l'on espère étendre sous peu à toute la médecine sociale. Il serait question, pour les actes de la spécialité radiologique et peut-être pour d'autres spécialités, d'instaurer une double tarification : l'une représenterait à proprement parler les honoraires du médecin ; l'autre le remboursement des frais de traitement. En cas de soins donnés au cabinet du médecin, cette double tarification serait acquise au médecin. En cas de soins donnés à l'hôpital, le médecin ne toucherait que les honoraires proprement dits, et l'hôpital, les frais de traitement. Souhaitons que la révision soit rapidement menée à bien et qu'elle contienne cette distinction salutaire pour la plus grande satisfaction des médecins d'hôpitaux.

Pierre Douriez.

MOUVEMENT SANITAIRE & PROFESSIONNEL

UN LIVRE, UNE DOCTRINE, UN PROJET

Alors qu'il accède à la « pairie », il est intéressant de relire le livre que le Docteur Armand Vincent, de Sucy-en-Brie, publia dans la « Collection Esprit », en 1937, sous le titre « Vers une Médecine humaine ».

Le Livre est composé de deux parties :

1° La médecine qui meurt ;

2° La médecine qui naît.

C'est cette seconde partie que nous analyserons surtout ici pour nos lecteurs, en toute objectivité, bien entendu, en laissant de côté tout ce qui n'est pas du domaine médical pur, comme nous l'avons fait pour celui du Docteur Grenet, alors que ce dernier était vice-président de l'Ordre national des médecins. Il s'agit, dans ces livres, de « Directions » dans lesquelles l'Ordre peut être incité à aiguiller le Corps médical. Et il est indispensable que nous les connaissions.

Détachons d'abord de l'Avant-propos et de la première partie quelques phrases que nous épinglerons afin de mieux comprendre la deuxième partie.

Dans l'Avant-Propos : « Ce livre s'adresse non seulement aux médecins, mais surtout au public auquel il est un appel. L'abaissement de la profession médicale, dont la fonction est au plus haut point humaine, est lié à la fois au manque de spiritualité qui sévit sur l'ensemble de notre Société et aux méfaits d'un régime économique et social qui crée aux hommes des intérêts opposés, au lieu de solliciter leur collaboration à une œuvre commune... ». « Avant de transformer l'homme, il faut lui créer un cadre où il puisse s'épanouir ».

Dans la première partie « Le médecin de famille se meurt ». « La pratique médicale est anachronique ». « *Il y a, à l'heure actuelle, rupture entre les progrès de la science médicale et les possibilités de mise en pratique de ces progrès* ».

« L'accroissement de la paperasserie exigée du médecin par les services publics est tel que les heures dont il pourrait disposer pour son perfectionnement professionnel, il se voit contraint à les consacrer à sa comptabilité, à l'établissement de mémoires en double ou triple exemplaires, à son livre journal, etc., etc.

« Les frais généraux sont tels « que le prix de la visite est à la fois trop élevé pour le malade à la bourse modeste et trop peu rémunérateur pour le médecin, surtout en ce qui concerne les tarifs des assistés, qui ne couvrent même pas les frais professionnels correspondants ». (A ce propos, comment se fait-il, que, lorsque les journaux ont attaqué le Corps médical comme ne prenant pas une part assez large aux dépenses communes, une voix médicale autorisée ne se soit pas élevée pour dire les milliards que nous faisons économiser à l'Etat, lequel nous impose des tarifs de famine pour l'Assistance médicale gratuite, l'art. 64 et tous les services publics. Il serait cependant temps de montrer que le Corps médical fait toujours tout son devoir et de ne pas nous laisser perpétuellement tenir en suspicion, comme certains se complaisent tant à le faire).

« Pour la plupart des clients, le médecin qu'ils payent, doit être à leur disposition, accourir au moindre appel, d'autant que, lorsqu'on est malade, il est toujours « urgent » d'être soigné... Cela témoigne d'une indifférence totale pour les possibilités du médecin et pour la santé des autres malades qui font appel à lui ». (A quand la discipline imposée au public après celle dictée aux médecins ?)

« Les procédés en honneur dans le commerce sont passés dans la médecine ». « Nous savons que le Corps médical est encore un des milieux les moins corrompus de la Société moderne. Nous savons qu'il existe encore, heureusement, de nombreux médecins qui font passer, avant tout profit personnel, leur devoir professionnel. *Mais leur proportion s'en va baissant.* C'est pourquoi, nous jetons un cri d'alarme ». « La science médicale erre ». Elle s'est éloignée de l'homme, alors que son rôle était de puiser dans la biologie les éléments spécifiques utiles à l'homme, de les agréger, d'en faire une science à la taille de l'homme, visant un but humain : la santé de l'homme. « La médecine a négligé l'homme sain. L'homme moderne s'est éloigné des conditions naturelles de vie ». « Les élites délaissent leur mission. Chacun est épris de ses petites recherches personnelles, de « ses travaux ». « La corruption n'a pas épargné les hautes sphères ». « Une société ne pourra fonctionner harmonieusement que lorsque le prêtre, le médecin, l'avocat, le professeur auront tous recouvré la notion de « sacerdoce » et lorsque le terrassier, le maçon, le boulanger, le financier, l'homme d'Etat s'y seront élevés ».

« Il n'y a pas pléthore médicale. Il y a chômage médical. « Ici, *des médecins sans malades ne gagnent pas leur vie. Là, des malades sans médecins, ou presque, ne sont pas soignés. Est-ce là de la pléthore médicale ? Non, c'est du chômage médical.*

Et l'auteur cite des chiffres :

France : un médecin pour 1.600 habitants.

Algérie : Département d'Alger, un pour 5.000 habitants.

Algérie : Département d'Oran : un pour 6.000 habitants.

Algérie : Département de Constantine : un pour 13.000 habitants.

Afrique équatoriale : 70 médecins pour un territoire quatre fois grand comme la France.

Madagascar : un médecin pour 60.000 habitants.

Afrique occidentale : un pour 75.000 habitants.

Indochine : un pour 100.000 habitants.

Totalité des Colonies françaises, 800 médecins (non compris les médecins militaires) pour 60 millions d'habitants.

« *La formation du médecin est défectueuse* ». « *La nature des matières enseignées n'est pas apte à fournir de bons médecins. L'enseignement pratique fait presque complètement défaut à l'étudiant moyen.* Les concours de médecine sont organisés de façon telle que leur préparation est funeste pour les cerveaux humains ».

Passons à la médecine sociale «. L'Assistance médicale gratuite, une pauvre médecine pour les pauvres gens ; « l'Etat se soulage partiellement de cette charge sur le dos des praticiens. Il les rémunère à des tarifs de 50 ou 60 % inférieurs aux tarifs courants, ne couvrant même pas leurs frais professionnels ». « Les victimes de la guerre, deux fois victimes ». « Les Assurances sociales : Il n'y a peut-être pas vingt médecins en France connaissant à fond la question des Assurances sociales : ce fait seul est contre leur complexité un argument de valeur ». Le service social : « L'assistante sociale est le complément indispensable du médecin et de l'infirmière. C'est elle qui résout les questions qui se posent dans le plan social ».

Enfin, l'auteur étudie : « Les Etablissements de soins et les Organismes d'hygiène ». Ceux-ci étant en pleine réorganisation, nous n'y insisterons pas. De même pour le chapitre sur la pharmacie.

Voici la seconde partie « *La médecine qui naît* ». Elle s'ouvre sur la phrase suivante dont elle sera, en quelque sorte, le développement : « Beaucoup de médecins n'ont pas compris *que le médecin de famille est mort, que l'exercice d'une médecine individualiste est devenu impossible à l'ère du machinisme, qui implique le travail collectif, que les progrès mêmes et les complications croissantes des sciences biologiques et médicales préparent l'événement inéluctable d'une médecine socialisée* ».

Les remèdes impuissants sont :

« *Le Syndicalisme médical.* « Les Syndicats médicaux, rétrogrades dans leur esprit, de courte vue et sans envergure dans leur action, se sont faits les défenseurs des intérêts pécuniaires, immédiats et bornés de leurs adhérents. Ils ont pris comme étendard la défense de la médecine libre et comme mot d'ordre la défense de leur porte-monnaie... Le secret professionnel n'est plus, entre les mains des Syndicats médicaux, qu'une arme de combat contre la médecine sociale ».

L'Ordre des médecins : Sorte de conseil de discipline chargé de juger les délits de nature professionnelle.

« Pour qui connaît bien certains milieux médicaux, il est possible de prévoir les abus auxquels conduirait, en pratique, l'institution de l'Ordre des médecins :

1° Il constitue un *danger professionnel* en assurant la suprématie des médecins arrivés, à large entregent, des « bonzes » de la profession qui ne sont pas toujours les meilleurs médecins au point de vue technique, ni au point de vue moral ;

2° Il expose à une *sanction injustifiée* tout médecin non conformiste ;

3° Il assurera la suprématie d'une oligarchie médicale dont l'une des actions les plus importantes sera *la lutte contre les institutions de médecine sociale.*

Le corporatisme médical : « Il ne fait pas de doute que l'avènement du corporatisme médical amènerait un recul de la médecine sociale. L'Ordre des médecins, prémice de la corporation des sanitaires, apparaît à certains *comme la porte d'entrée d'une organisation économique corporative de la France.*

Le fonctionnarisme médical. A l'heure actuelle la plupart des médecins sont, pour le quart, le tiers ou la moitié de leur activité, des salariés de l'Etat ».

« Le fonctionnarisme médical s'est créé anarchiquement en France, donnant des résultats bien médiocres.

« La fonctionnarisation médicale, lorsqu'elle affecte la forme parcellaire et anarchique que nous lui voyons le plus souvent ne donne que des résultats mauvais ou médiocres ».

« Par contre la fonctionnarisation exclusive et systématique a pu donner, dans certains domaines de la médecine, des résultats, si imparfaits soient-ils, très supérieurs aux résultats de plus en plus mauvais donnés par la médecine individualiste qui tend à devenir une absence de médecine ».

« Le domaine sanitaire en U. R. S. S. est cependant un de ceux qui ont été le plus épargnés par la dégénérescence bureaucratique. C'est sans doute un de ceux où l'élément spirituel a été le plus capable de dominer le matérialisme doctrinal. Nous devons profiter de l'expérience russe dans ce qu'elle a d'universellement humain. Les errements doivent nous préserver d'autres errements. Nous devons adapter la socialisation à notre degré d'évolution et aux caractères spécifiques de notre peuple. Le plan constructif et ses modes de réalisation doivent être modelés sur la forme de la nation intéressée ».

(*A suivre.*) G. Boyé.

LA LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME EN FRANCE

Par le Docteur Fernand DECOURT (1)

I. — Ce qu'on a déjà fait, législativement

Ce n'est pas dans une ambiance médicale comme celle du *Concours* qu'il y a lieu d'exposer les méfaits de l'alcoolisme. Nous n'avons donc pas l'intention de parler ici des dangers que ce fléau fait courir à notre pays, qui se place, sous ce rapport, dans «le peloton de tête» des nations. Nous voudrions seulement, dans un premier article, rappeler ce qui a déjà été fait, comme action antialcoolique d'ordre législatif, durant ces dernières années, pendant lesquelles d'ailleurs un grand pas a été franchi amorçant ainsi des réformes sociales susceptibles d'engendrer des progrès décisifs — si les lois les concernant ne s'émoussent pas peu à peu.

Puis, dans un second article, nous examinerons d'après les compétences en la matière, ce qu'il y aurait lieu d'envisager comme réformes destinées à renforcer encore une action si heureusement entreprise.

En ce qui a déjà été fait législativement, nous n'avons guère loin à remonter, en pratique, puisque nous commencerons par signaler la LOI DU 29 JUILLET 1939 (Code de la Famille). Il serait toutefois injuste de ne pas rappeler, en passant, la LOI DU 9 NOVEMBRE 1915 qui, pour la première fois, avait limité le nombre des débits. Mais — renforçant celle-ci — les articles 131 et suivants du Code de la Famille ont limité à 300 habitants agglomérés ou 600 non-agglomérés, le nombre des débits pouvant exister dans une commune.

Nous voudrons pouvoir être assurés que cette loi bienfaisante est, toujours et en toutes les communes, appliquée d'une façon constante. Pourquoi faut-il que, personnellement, nous ayions quelques précisions contraires ?... Il est vrai que, respectant les droits acquis, cette limitation n'est pas encore établie, même de loin. Et cependant, ne faisant plus la distinction ci-dessus sur l'état d'agglomération de la commune, la LOI DU 24 SEPTEMBRE 1941 a limité uniformément à un pour 450 habitants le nombre des débits tolérés dans une commune.

Dans ce cas encore pas d'effet rétroactif. Aussi le nombre des débits peut rester longtemps dans un *statu quo* relatif si aucune disposition législative ne tend pas à réduire — beaucoup moins lentement — le nombre des débits existant à l'heure actuelle. Or, ce moyen existe. Une proposition fort ingénieuse fut suggérée, sur ce point, par la *Ligue nationale contre l'alcoolisme* dont l'animateur, depuis de longues années, est son éminent secrétaire général, M. Frédéric RIÉMAIN. Le présent aperçu, du reste, ne fait que refléter ses idées et, en particulier, celles exprimées par lui dans sa communication à l'Académie de médecine, en octobre dernier (2).

Donc, M. Riémain préconise, pour toute personne voulant tenir un débit d'alcool, l'obligation de racheter, non pas *une*, ainsi que le dit actuellement la loi, mais bien, *deux licences*. De cette façon, ce serait chaque fois la suppression d'un débit sur deux, on le conçoit, jusqu'à ce que soient atteintes les restrictions inscrites dans la loi concernant le nombre des débits, par rapport à la population d'une commune.

Dans sa séance du 9 octobre 1939, la section permanente du Conseil supérieur d'hygiène sociale que le ministre de la Santé publique avait tenu à consulter sur les mesures législatives propres à enrayer l'alcoolisme, avait, sur la proposition du même M. Riémain, au nom de la Ligue dont il est le secrétaire général, adopté un vœu tendant à l'application en France du « système belge » qui *interdit la consommation en public de toute boisson distillée*. Et nous devons constater qu'avant la guerre actuelle, l'alcoolisme avait cessé d'être, chez nos voisins, un fléau national pour devenir une simple maladie individuelle.

Il n'est pas besoin de dire combien furent opposés à une telle loi les distillateurs en général. La plus violente et la plus tenace des campagnes eut lieu en Belgique pour supprimer cette réforme contre laquelle une partie assez grande de la grande Presse s'éleva également. Il est à penser qu'il n'en serait pas autrement en France. Mais ce n'est pas une raison pour reculer devant le fléau.....

Personnellement toutefois, nous n'oserions pas préconiser en France l'adoption du système belge. Malgré les résultats acquis chez nos voisins du Nord, nous penserions, là encore, que le mieux est l'ennemi du bien. Peut-être nous mon-

(1) Notre ami DECOURT est un « récidiviste » de la lutte antialcoolique. Pendant de longues années, il fut membre du Conseil général de la *Ligue nationale contre l'alcoolisme*. Jadis, vers 1900, il avait publié « JEAN DESNOYERS », roman antialcoolique destiné principalement à être donné, dans les distributions des prix, aux enfants des écoles. Ce livre, devenu classique dans la suite et qui eut plus d'une douzaine d'éditions successives, valut à son auteur la médaille de vermeil de la Société nationale d'encouragement au bien. — N. D. L. R.

(2) C). le *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 14 octobre 1941. Tome 125, nos 32 et 33, p. 202.

trons-nous trop timorés... ? En tous cas, le vœu du Conseil supérieur d'hygiène sociale ne fut pas stérile puisque, quelques mois plus tard, paraissait le DÉCRET-LOI DU 1er MARS 1940, signé du ministre Rucart, en vertu duquel le système belge était introduit en France, *mais trois jours par semaine seulement.*

Certes, la distinction est capitale. Elle permet toutes les tentatives de fraude car, avec l'interdiction absolue pour les sept jours de la semaine, toute fraude serait passablement découragée par la facilité du contrôle — que ne manquerait pas d'exercer officieusement, on peut le présumer, la Ligue nationale contre l'alcoolisme à l'occasion.

On a objecté contre l'interdiction totale que, si tout apéritif ou tout digestif était définitivement banni des débits de boisson (cabarets ou « cafés »), on y boirait beaucoup plus de vin, alors que déjà — avec nos 164 litres actuels consommés annuellement par tête d'habitants — nous sommes déjà les plus forts consommateurs de vin du monde entier. Mais il ne faut pas oublier que le vin est la boisson nationale du Français et que si « nos hôpitaux regorgent d'alcooliques viniques » (assure-t-on ?) le vin est moins chargé d'alcool que les boissons distillées et ne renferme aucune de ces essences mêlées à celles-ci et qui sont plus nocives encore que l'alcool lui-même.

L'art. 3 du DÉCRET-LOI DU 23 AOUT 1940 interdit toute publicité en faveur des *apéritifs*. C'est une disposition aussi heureuse qu'importante, car elle a supprimé, entre autres, certaines réclames révoltantes, tant par le journal que par la radio, de diverses solutions au nom pompeux — ou engageant (« c'est ma santé ! ») — mais qui, physiologiquement, n'en sont pas moins de véritables poisons pour ceux qui en usent journellement, ainsi qu'on en compte trop hélas ! en notre pays de France.

Malheureusement, on n'a parlé en cet article que des « *apéritifs* », tolérant ainsi les « *digestifs* ».

Aussi, baptisant carpe le lapin, maints fabricants d'apéritifs, ont-ils simplement vanté les qualités « digestives » de leurs produits qu'ils ont continué à répandre dans le public, en tournant ainsi ingénieusement la loi. Ajoutons que ce même décret-loi, avait limité, avec raison, le degré en alcool des « apéritifs », mais sans étendre malheureusement cette limitation aux « digestifs », ce qui est fort regrettable, en permettant ainsi chez certains buveurs une alcoolisation journalière post-prandiale, si je puis dire, presque aussi dangereuse, en réalité, que l'alcoolisation prœprandiale due à la coutume des apéritifs qui, depuis un demi-siècle surtout, s'est répandue de plus en plus.

Nous terminerons cet aperçu des modifications heureuses de la législation, en ce qui concerne le danger de l'alcoolisme en France, par la grosse question dite des « *bouilleurs de cru* ».

Déjà, la LOI DU 30 JUIN 1916, en pleine guerre, avait aboli le privilège des bouilleurs de crû, par voie d'extinction. Malheureusement, si cette loi tutélaire avait pu être établie sous l'influence de la mobilisation générale, des raisons d'ordre « électoral » (ou plutôt de désordre) firent que cette loi disparut vers la fin de la guerre.

Le DÉCRET-LOI DU 20 JUILLET 1940 vint heureusement améliorer quelque peu la situation. Nous disons « quelque peu », car il était loin d'avoir l'efficacité de la loi de 1916.

Le privilège des bouilleurs de crû ayant été rétabli, le décret-loi de 1940 n'avait pour but, plus modeste, que de faire obstacle aux fraudes innombrables auxquelles ce privilège recommençait à donner naissance. C'est qu'il interdit, en fait, toute distillation en dehors de la présence d'un agent du fisc, ce qui limite évidemment autant que possible, toute fraude éventuelle de la part du « bouilleur ». En outre, ce décret-loi a l'avantage de supprimer pour ceux-ci, le « *forfait* », cette monstruosité législative dans le domaine, assez étendu déjà, de la démagogie rurale.....

Ce décret-loi est donc fort louable en ce sens qu'il réglemente heureusement le privilège — retrouvé — des bouilleurs de crû. Mais, au fond, c'est la suppression totale de cet injuste et néfaste « privilège » (le mot est bien choisi pour exprimer l'abus qu'il représente) qu'il conviendrait d'instituer.

D'ailleurs, nous y reviendrons, dans le second article que nous avons l'intention de faire paraître, sur ce même sujet de la lutte antialcoolique, en examinant cette fois, non plus ce qui fut fait, mais ce qu'il serait souhaitable de voir faire encore...

Dr Fernand DECOURT.



Directeur-Gérant : G. LAVALÉE Imprimerie THIRON & Cie, Clermont (Oise)

On voit bien ce que les médecins contrôleurs y gagneront, encore bien qu'il soit possible de soutenir qu'ils ne feront que changer de maîtres. Ce que l'on voit moins bien c'est ce que le médecin praticien peut attendre de bon d'une réforme qui portera sans doute un coup mortel à l'une des dernières libertés qui lui reste : *la liberté de traitement.*

L'autorité nouvelle attachée au titre de médecin-contrôleur, le droit que la loi lui donne expressément d'apprécier la valeur des soins et leur opportunité, tendront à faire de lui une sorte de surexpert, détenant sans doute des lumières toutes spéciales sur la manière de traiter les assurés sociaux, lumière infusée au préalable par les soins conjugués du Travail et de la Santé.

Combien nous eussions préféré, non pas le maintien de l'état de fait actuel qui mérite les critiques qu'on lui adresse, mais l'application effective du régime prévu par le règlement d'administration publique du 11 juillet 1939 et son adaptation au principe corporatif nouveau.

Rappelons-en les règles : la caisse contrôle l'assuré, par les soins d'un mandataire, son médecin contrôleur, lequel *ne doit point s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant.* Il rend compte à la Caisse de ses constatations.

Quant au praticien il ne dépend que *du contrôle de ses pairs,* c'est-à-dire de l'Ordre et de ses Conseils — représenté dans chaque cas particulier motivant une plainte des Caisses — par un médecin de confiance spécialement désigné par eux.

Cette dualité paraît plus complexe, mais elle est le moyen le plus certain de ne point conduire la médecine sociale à la *médecine dirigée,* qualificatif que tout le monde, pensons-nous, entend réserver au domaine de l'économique — et qui s'accouple mal avec l'art de guérir.

***

Le *Journal Officiel* du 12 février a publié un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé et du Secrétaire d'Etat au Ravitaillement en date du 7 février créant un Comité consultatif mixte dont nous avons publié le texte dans notre dernier numéro.

Ce Comité siègeant à Vichy est chargé « d'émettre « des avis en cas d'urgence sur les questions d'hygiène « alimentaire qui lui seront soumises, compte tenu « de la situation des ressources dont dispose le « Ravitaillement ». On peut regretter que la compétence bien limitée de cet organisme n'ait pas été étendue à l'arbitrage des conflits qui opposent si souvent Ravitaillement et Santé publique, par le truchement des représentants du commerce d'alimentation d'une part et de ceux des produits pharmaceutiques d'autre part, sur les questions d'approvisionnement des pharmaciens en denrées aussi utiles pour la Santé publique que la moutarde ou l'orge ou les glandes d'animaux.

Nous croyons savoir que ce sont là questions épineuses et qu'il n'y a pas intérêt à débattre sur la place publique. Un Comité mixte Santé-Ravitaillement dont la mission serait ainsi étendue ferait certainement besogne constructive et pacificatrice, dont les malades seraient les heureux bénéficiaires.

***

Le 22 février dernier à la Maison des Centraux le Groupement corporatif sanitaire donnait une réunion d'information. Son succès dans le Corps médical parisien fut indéniable, puisqu'elle groupait environ 500 auditeurs.

Les thèses qui y furent développées tiennent en peu de mots : *contre l'étatisation de la médecine; pour la défense de la charte médicale, pour un Ordre corporatif de la Santé publique.*

Sur ces thèmes, prirent successivement la parole, M. Rivault, chirurgien-dentiste, qui étudia les rapports de plus en plus étroits entre ces deux professions connexes, le Docteur Millot qui aborda les questions nouvelles que pose le développement de la médecine du travail, le Docteur Hollier qui évoqua ses souvenirs du Conseil supérieur et rappela qu'ayant repris son entière indépendance il rentrait dans le rang comme vieux militant.

Le grand succès oratoire revint incontestablement au Docteur Guérin qui se révéla tribun de classe et défendit la charte traditionnelle de la médecine en ne se fondant point sur le plan revendicatif de l'égoïsme professionnel, mais en démontrant qu'elle concordait avec l'intérêt primordial du malade et de la santé.

La présence à cette conférence du Docteur Vincent, nouveau membre du Conseil supérieur, suscita un intérêt quelque peu mouvementé que le Docteur Guérin maintint magistralement dans les limites d'une querelle doctrinale.

Un ordre du jour, voté à l'unanimité, conclut dignement ces débats.

***

La promulgation des récentes mesures fiscales a irrité les médecins.

C'est à juste titre.

L'administration paraît en effet ignorer la charge que représente à l'heure actuelle pour les médecins, le taux des impôts qui les frappent.

L'impôt cédulaire est de 16 % pour les professions non commerciales alors qu'il n'est que de 8 % pour les traitements et salaires. Il faut encore y ajouter la contribution nationale au taux de 5 % soit un total de 21 %.

La différence du simple au double entre les cédules, aggravée d'autre part par le jeu des abattements à la base, applicable aux salariés et refusé aux professions libérales, pouvait à la rigueur s'expliquer à une époque où la fraude était possible faute de contrôle. Mais au jour où chaque somme encaissée par les médecins se trouve soigneusement comptabilisée, il n'y a vraiment plus de raison pour conserver une telle différence de taux.

Aussi espérons nous que le Secrétariat d'Etat à la Santé publique, se faisant l'avocat des médecins auprès de son collègue des Finances, obtiendra une diminution appréciable du taux de l'impôt cédulaire.

Ne pourrait-on de plus faire en faveur des jeunes médecins ce qui existe déjà depuis longtemps pour les Avocats stagiaires, qui sont exonérés de la patente pendant les premières années de leur inscription au barreau ?

***

Voici quels sont les nouveaux membres des Conseils départementaux suivants :



Aisne. — Docteurs BODSON, LEMAIRE en remplacement des Docteurs GLORION et MARQUET.

Alpes Basses. — Docteur MARTIN en remplacement du Docteur TRON.

Ardèche. — Docteurs MONDAN, COURBIS en remplacement des Docteurs CADET et GIRAUD.

Ariège : Docteur ICART en remplacement du Docteur NIGOUL.

Aube. — Docteurs HUREZ, TESSE en remplacement du Docteur LEFEBVRE.

Aude. — Docteurs PARES en remplacement du Docteur GIBERT.

Cantal. — Docteurs JOUVE, DELTHEIL en remplacement du Docteur MEZARD.

Cher. — Docteur POINCEAU en remplacement du Docteur PASQUET.

Corrèze. — Docteurs MORELY *Président*, LAUBIE en remplacement des Docteurs BELCOURT, FLEYSSAC et VERDEAUX.

Corse. — Docteurs ANTONIOTTI, RIPERT en remplacement des Docteurs DUFOUR et VIGENTELLI.

***

On sait sans doute qu'un décret-loi du 9 juin 1934 étend automatiquement à toutes les administrations publiques les mesures disciplinaires d'exclusion ou de suspension prononcées contre un médecin dont les services sont utilisés à un titre quelconque par l'une d'entre elles.

Ce texte ne spécifiait pas s'il fallait comprendre dans son champ d'application les Assurances sociales et les accidents du travail, bien que les lois du 28 avril 1930 et du 9 avril 1898 soient visées dans son préambule. Juridiquement il y avait de fortes raisons d'en douter, car le médecin traitant d'un assuré social n'est pas jusqu'à présent considéré comme au service de la Caisse ; cette Caisse est, d'autre part, une personne privée et non une administration publique.

Pourtant, un arrêt de la Cour d'appel avait statué en sens inverse il y a quelques années. Le *Sou Médical* l'avait au reste déféré en son temps à la Cour de cassation qui n'a pas encore statué.

La question vient de se poser récemment, à l'occasion d'un autre cas, devant le Conseil d'Etat. Par un arrêt du 5 décembre 1941, ce dernier s'est rallié à la thèse de *l'applicabilité du décret-loi aux Assurances sociales.*

Il considère en effet *que du seul fait des soins par lui donnés aux bénéficiaires de la loi sur les Assurances sociales, le médecin participe à l'exécution d'un service public et doit être regardé, même en l'absence de tout contrat le liant à ce service, comme utilisé par une administration publique.*

Cette décision n'est pas seulement intéressante quant à l'application du décret-loi du 9 juin 1934. Elle a une portée beaucoup plus générale et d'une très grande gravité : elle soustrait en effet la médecine des Assurances sociales du domaine civil où nous la plaçions encore pour la porter dans le domaine administratif du service public. Avec l'extension récente des Assurances sociales, le médecin doit être regardé de plus en plus comme accomplissant un *service social* de soins. C'est au reste l'évolution de doctrine qui semble résulter, ainsi que nous l'avons déjà noté, des récentes nominations faites au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

5679. — Définition de l'accident du travail

Un ouvrier, travaillant en forêt dans un chantier de carbonisation et manipulant bois et charbon, a des crevasses aux mains.

Une d'elles assez profonde, siégeant au pouce droit, s'infecte et s'enflamme le vendredi 26 octobre 1941. Le 27 l'ouvrier ne peut travailler, et vient me voir le 28 au matin. Je lui fais les certificats utiles constatant l'inflammation du pouce droit consécutive à l'infection de sa crevasse. Certificats et déclaration d'accidents sont envoyés le même jour à l'assurance qui répond à l'employeur la lettre suivante :

« L'affection dont a été atteint M. Clément est « due au froid et à la manipulation du bois, sans « qu'aucun élément de soudaineté n'intervienne ; « dans ces conditions, la loi de 1898 ne peut trouver « son application et il y a lieu de diriger la réclama- « tion de l'intéressé sur les Assurances sociales...

« Veuillez agréer.....

Consécutivement s'est déclaré un abcès du pouce, occupant presque toute la surface externe du pouce.

Je vous serai très reconnaissant de me donner votre avis. L'affection dont est atteint mon client peut-elle être considérée comme accident du travail, et dans ce cas, quelle démarche faudrait-il faire ?

Dr D.

Réponse

Pour qu'il y ait accident du travail, il faut qu'il y ait une lésion au corps humain provenant de l'action violente et soudaine d'une cause extérieure.

Lorsque ces deux caractères essentiels de violence et de soudaineté font défaut, il peut encore exister une maladie d'origine professionnelle, mais qui n'est assimilée aux accidents du travail que dans des cas limitativement fixés par la loi.

En l'espèce, aucun traumatisme initial survenu au cours du travail ne peut être invoqué. C'est à l'ouvrier qui demande les indemnités égales qu'il appartient de faire la preuve de ce traumatisme.

Il nous semble donc que la Compagnie d'assurances est fondée en l'espèce à contester la responsabilité de son assuré.

La législation sur les accidents du travail ne pouvant jouer, l'affection doit donc être prise en charge par les Assurances sociales.

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) Accidents du Travail

6.454. — Luxation radio-carpienne

Quel est le prix en matière accident du travail que l'on doit demander à une Compagnie d'assuran-

ces, pour une luxation postérieure radio-carpienne du poignet (réduction et contention). ?

Dr P.

Réponse

Pour réduction et contention de luxation radiocarpienne en matière de tarif accident du travail, on peut lire à l'art. 19 : « Réduction et contention des luxations récentes par la méthode non sanglante . . . . Epaule, radiocarpienne = 170 francs ».

J'avoue qu'il manque une virgule entre « épaule » et « radiocarpienne », mais elle s'indique d'elle-même, et la rubrique signifie « Luxation... épaule, luxation radiocarpienne = 170 francs.

Dr F. DECOURT.

6.357. — Intervention plus surveillance prolongée

1° J'ai soigné un malade atteint d'une vaste plaie du scrotum gauche avec issue du testicule, à la suite d'un accident du travail. J'ai nettoyé, épluché, rentré le testicule, suturé la vaginale, suturé les plans superficiels, tout cela après poudrage de sulfamide. Suites opératoires normales. Guérison. Quel prix puis-je demander à l'assurance pour cette intervention ? J'ajoute que j'ai pratiqué une demi heure de surveillance sur mon malade choqué et que j'ai fait du sérum (Besredka).

2° En accident du travail toujours : un ouvrier a eu un index et le médius droits sectionnés au niveau de la deuxième phalange. J'ai régularisé la plaie, fait une désarticulation de l'article voisin à l'index, et régularisé l'os du médius. Suture du lambeau cutané des deux doigts. Faut-il compter une ou deux interventions ?

3° Enfin, pourriez-vous me dire quel est le prix appliqué en Assistance médicale gratuite pour vaste pansement à brûlure grave d'abord et pansement à brûlure moyenne ensuite. J'ai demandé ce renseignement à la Préfecture qui ne m'a pas répondu.

Dr M.

Réponse

« 1° Vous avez à compter :

a) Une régularisation, épluchage et suture de plaie contuse, étendue et profonde = 100 francs (art. 17).

b) Injection anti-tétanique Besredka = 28 francs. Quant à la « surveillance prolongée » pour pouvoir la compter, il faudrait que vous soyez resté plus d'une heure près du blessé, la première demi-heure ayant été nécessitée par votre intervention même, donc pas comprise dans le prix marqué pour cette intervention.

2° Si vous avez fait une désarticulation de l'index et « régularisé » (donc section partielle) l'os du médius, je vois là à marquer « amputation ou désarticulation de plusieurs doigts partielle = 200 francs » (art. 17).

3° *Assistance médicale gratuite.* — Le tarif d'Assistance médicale gratuite est établi par le Conseil général et l'administration préfectorale. Il varie donc suivant le département et, par suite, je ne saurais vous indiquer de tarif à appliquer en telle matière.

Dr F. DECOURT.

Tarif A. T.

Un confrère, chirurgien à X..., m'avait demandé un avis sur ce qu'il y aurait lieu d'indiquer sur la feuille d'Assurances sociales pour un enfant atteint de pied-bot, sur lequel il avait pratiqué l'intervention suivante :

1° Ténotomie du tendon d'Achille ;

2° Ostéoclasie et redressement forcé du tarse par manœuvres externes pour supprimer le varus ;

3° Immobilisation par botte plâtrée pendant deux mois.

Or, en K 20 on lit : « Pied bot, ténotomie et plâtre » et en K 60 « Réduction de luxation par méthode non sanglante... cou de pied ».

Le médecin des Assurances sociales prétendait suffisante la tarification K 20 puisque « intervention non sanglante ».

Je demandai, sur ce cas, l'avis du Professeur Ombrédanne qui me répondit :

« Voici ce qu'il me paraît :

« 1° il serait injuste d'appliquer seulement le « coefficient K 20 de la ténotomie simple.

« 2° il serait excessif d'y ajouter K 40 : réduc- « tion de luxation ancienne, ce qui n'est pas le « cas.

« 3° en équité, il me paraîtrait juste d'adop- « trer, d'après les pièces que vous m'avez sou- « mises, le coefficient K 40, bien que les textes « tes imprimés de la Nomenclature générale ne « soient pas explicites ».

Une réponse aussi autorisée était précieuse à publier dans le *Concours*, ce que je fais avec mes remerciements pour le Professeur Ombrédanne.

F. Decourt.

---

b) *Assurances sociales*

213. — Double indication pour un même cas

Comme médecin contrôleur de Caisses d'assurances sociales, c'est toujours avec un vif intérêt que je suis dans le *Concours médical*, les réponses que vous donnez aux questions posées sur l'application de la loi sur les Assurances sociales, et je me plais à reconnaître la clarté et la précision que vous y apportez, en même temps qu'elles reflètent une parfaite connaissance des textes.

Le cas soulevé par la question 4.786 (*Concours* du 30 novembre 1941, n° 48, p. 2118-LVI), est particulièrement suggestif, car il illustre singulièrement l'incohérence du tarif minimum en ce qu'il concerne l'indemnisation des actes PC de la nomenclature de pratique médicale courante, par rapport aux actes de la nomenclature générale de chirurgie compris entre K 2 et K 14.

En effet, vous remarquerez que, par application de ce tarif, les actes de médecine courante bénéficient d'un remboursement plus élevé que ceux de chirurgie, tout au moins quand il s'agit d'actes affectés d'un faible coefficient. Reprenons l'exemple soumis à votre appréciation : incision d'un abcès de l'amygdale :

1° Si le médecin inscrit PC 3, honoraires $25 \times 3 =$ 75 francs.

Remboursement par la Caisse (dans les localités comprises dans les circonscriptions industrielles), $15 \times 3 = 45$ francs.

2° Si le médecin omnipraticien inscrit K 4 : honoraires, 75 francs.

Remboursement de la Caisse $\frac{(4 \times 8)\ 80}{100} = 25$ fr.

Dans ces conditions, et puisque rien ne s'oppose à ce qu'un omnipraticien mentionne en K un acte qu'il a réellement accompli, il serait malgré tout préférable d'employer la dénomination en PC, quand le même acte se trouve inscrit sous les deux rubriques. Il y va de l'intérêt du client auquel il est bon de penser de temps à autre, (et aussi du médecin puisque le PC autorise les visites consécutives interdites par le K), puisque la rubrique PC amène un remboursement plus substantiel, pour l'assuré.

Dr L.-M.

Réponse

En cas de deux modalités d'indications à fournir sur la feuille lorsqu'un même cas est porté sur les deux nomenclatures (en K et en Pc), il est tout naturel que le médecin choisisse celle qui est le plus profitable au malade au point de vue remboursement.

Cette dualité est fâcheuse, mais ce n'est pas le fait du médecin ni du malade.

Dr F. Decourt.

6213 — Accouchement. Notations à inscrire

J'ai recours à votre obligeance pour être documenté sur la façon dont je dois remplir le certificat d'accouchement demandé par une cliente, dont le mari est agent de la S. N. C. F.. Ce certificat est celui du carnet de maternité. Primipare 42 ans. Surveillée et suivie par une sage-femme qui devait l'accoucher.

Accouchement avec forceps au bout de 48 heures. Episiotomie au moment où le périnée allait céder. Suture de cette incision longue.

L'accouchement aux forceps c'est D1 mais pour l'épisiotomie dois-je compter comme pour une réfection d'urgence du périnée K + 20 ou suture (plus de 3 points) PC 5 ?

Dr C.

Réponse

a) Vous devez mettre sur la « feuille de maternité » pour un accouchement avec forceps la mention D1.

b) « Ne sont pas considérés comme accouchement dystocique et sont assimilés à l'accouchement normal... l'accouchement avec périnéorraphie superficielle » (Tarif de réassurance. 5° Prestations de l'assurance maternité, alinéa 4).

Dr F. Decourt.

---

578. — Honoraires pour consultation entre confrères

Que doit marquer le médecin traitant sur la feuille de maladie d'un assuré social en cas de consultation ?

1° Avec un consultant.
2° Avec un spécialiste.

En cas de maladie, il nous semble que la chose est assez simple ; mais en cas d'intervention d'un chirurgien ou d'un spécialiste, il en va peut-être autrement ; la feuille de soins spéciaux donne-t-elle droit à honoraires pour le médecin fraitant ?

Dr C.

Réponse

a) Ni dans la nomenclature générale pour chirurgie et spécialité (notée en K.), ni dans la nomenclature nationale de pratique médicale courante (notée en PC), il n'est indiqué une rubrique spéciale pour « Consultation entre confrères ».

b) Dans les « observations générales » qui précèdent la nomenclature en Pc, il est dit : «... 3° sont considérés comme inclus dans la consultation simple ou la visite simple, tous les moyens d'investigation en usage dans la pratique médicale courante, sauf ceux qui sont inscrits dans la nomenclature ».

c) Etant donné ce qui est rappelé ci-dessus, je ne vois pas sur quel texte on pourrait se baser pour indiquer un coefficient quelconque pour une consultation entre confrères — sauf au cas d'une intervention pratiquée par un chirurgien, pour les honoraires dus au médecin traitant qui a assisté à une intervention d'un coefficient au moins égal à 40. Auquel cas ce dernier doit inscrire PC 6.

Dr F. Decourt.

AUTOMOBILISME

5.799. — Le système de réchauffage est-il utile pour la marche au gaz ?

Ayant installé le gaz sur ma voiture Primaquatre, j'ai conservé le système de réchauffage d'air pour le carburateur, que je possédais pour la marche à l'alcool. Y a-t-il inconvénient à le conserver pour le gaz, afin de pouvoir éventuellement revenir à l'alcool ?

Ayant une charge de 200 kilogs sur le toit, j'ai augmenté la pression de mes pneus (140 × 40) jusqu'à 2 kilogs. Malgré cela, ils paraissent encore un peu écrasés : Y a-t-il inconvénient à augmenter encore ? Normalement, je gonflais à 1 kgr. 400.

Dr H. D.

Réponse

Dans la marche au gaz, il y a intérêt à avoir la tuyauterie d'aspiration aussi froide que possible afin de réduire au minimum la perte de puissance inévitable avec le gaz d'éclairage. Je vous conseille donc vivement de supprimer le réchauffage que vous aviez installé pour l'alcool.

Quant aux pneus, il n'y a aucun inconvénient à les gonfler à 2 kilogs : vous diminuerez ainsi leur usure. Je pense que ce taux de gonflage doit être suffisant pour une surcharge de 200 kilogs.

Vous pouvez sans inconvénient gonfler un peu plus : malgré tout vous n'arriverez pas, je crois, à éviter un certain balancement de la voiture provenant de ce que le centre de gravité

se trouve très fortement relevé par la présence d'une charge de 200 kilogs sur le toit.

Henri PETIT.

FISCALITÉ

744. — Abattement en faveur des pensionnés de guerre. Report des déficits

1° Je vous serais très obligé de me dire quel dégrèvement peuvent obtenir sur les déclarations fiscales les pensionnés de guerre à 30 % titulaires d'une pension d'invalidité temporaire.

Dans les déclarations que j'ai faites les années précédentes, je notais à l'endroit désigné cé taux d'invalidité et je n'ai jamais remarqué qu'il y avait un dégrèvement quelconque.

2° J'ai eu à la rubrique des bénéfices des professions non commerciales pour l'année 1940 (ayant été mobilisé) un *déficit* de 15.000 francs. Puis-je dans ma déclaration relative aux revenus de 1941 déduire le déficit de l'année précédente ?

Dr A. P.

Réponse

1° Tout pensionné de guerre quel que soit le taux de sa pension a droit à un abattement de 1.000 francs.

2° Aux termes de l'article 80 du Code des impôts directs, si pour une année déterminée les dépenses déductibles dépassent les recettes, l'excédent peut être reporté sur les bénéfices des années suivantes jusqu'à la cinquième inclusivement.

L'année 1940, vous ayant laissé un déficit de 15.000 francs vous pouvez comprendre ce déficit parmi vos dépenses professionnelles déductibles des recettes perçues pour la détermination du bénéfice net de 1941 imposable en 1942.

Si l'année 1942, cette déduction opérée, fait apparaître *un* nouveau déficit, vous pourrez reporter ce nouveau déficit dans les dépenses de 1942.

957. — Ouverture de cabinet. Imposition à la patente

Je suis installé à B. depuis le 10 novembre 1941 et l'on me réclame pour les deux mois (novembre-décembre) des droits de patente. Dois-je les acquitter, ou les médecins en sont-ils exonérés pour la première année d'exercice ?

Dr N. S.

Réponse

Aux termes de l'article 288 du code des impôts directs, les contribuables qui entreprennent dans le cours de l'année une profession sujette à la patente, doivent cette contribution à partir du premier jour du mois dans lequel ils ont commencé d'exercer.

Ayant commencé d'exercer la médecine le 10 novembre 1941, vous avez été régulièrement imposé à la patente pour les mois de novembre et de décembre 1941. Aucune réclamation ne peut être formulée contre cette imposition la loi en ses dispositions actuelles ne dispensant

pas de la patente les médecins pour la première année d'exercice.

Toutefois nous croyons savoir qu'un texte est actuellement à l'étude, qui dispenserait les jeunes médecins du paiement de la patente pendant les premières annéss de leur installation.

---

856. — Déclaration. — Légion d'honneur. — Amortissement

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me fixer sur les points suivants :

1° A quelle date, cette année, la déclaration des revenus doit-elle être faite et remise au contrôleur ?

2° Le traitement de la Légion d'honneur doit-il ou non être déclaré ?

3° J'avais une voiture dont je me servais pour ma profession. Depuis plus d'un an, le S. P. m'ayant été supprimé, elle est au repos dans un garage.

Suis-je autorisé, comme autrefois à faire entrer dans mes dépenses professionnelles, le coût de la location du garage et l'amortissement de la voiture ?

Si je n'étais médecin, il est vraisemblable que je n'aurais pas de voiture.

Dr J.

Réponse

1° Aux termes de la loi du 13 janvier 1941 les déclarations fiscales devront être deposées chez les contrôleurs le 31 mars, dernier délai.

2° Le traitement de la Légion d'honneur étant exempt de tout impôt, n'est pas à déclarer.

3° Vous devez faire figurer dans vos dépenses professionnelles le loyer de votre garage professionnel.

Pour l'amortissement de votre voiture vous pouvez l'effectuer cette année ou le reporter sur l'année où vous vous resservirez de votre voiture automobile. Ce dernier mode serait peut-être le plus avantageux pour vous, si vos bénéfices sont faibles cette année et ont des chances d'être plus importants dans l'avenir.

---

859. — Les traitements ne sont pas imposables à la même cédule que les bénéfices professionnels.

J'ai l'honneur de vous demander si la loi du 13 janvier 1941 est applicable aux Impôts sur les revenus de l'année 1940 déclarés en 1941. D'après cette loi, en effet, il y a modification de l'article 101 du Code des impôts, concernant les contribuables cumulant traitements et bénéfices professionnels.

Tel est mon cas. Or, le contrôleur de ma circonscription m'impose pour 1940, sous une cote unique établie au titre des bénéfices professionnels, qui se trouvent être supérieurs aux traitements — au lieu d'imposer chaque catégorie d'après le taux qui lui est propre. A-t-il commis une erreur, et, dans ce cas suis-je fondé à réclamer ? En tout cas, je n'adresserai de réclamation que si vous me le conseillez.

Dr L.

Réponse

La modification apportée à l'art. 101 du code des impôts directs par la loi du 13 janvier 1941

est applicable aux bénéfices de l'année 1940 déclarés en 1941 : c'est donc à tort que vous avez été imposé pour la totalité de vos revenus de 1940 à la cédule bénéfices des professions non commerciales.

Faites-nous parvenir la copie de votre déclaration de 1941 et l'avertissement qui vous a été délivré afin que nous puissions établir pour vous une réclamation que vous adresserez au directeur des Contributions directes.

1002. — La patente est due en cas de remplacement

Je serais très heureux si vous pouviez me renseigner au sujet d'une patente qui m'est réclamée par le fisc pour l'année 1941. Je suis dans une situation spéciale : je remplace ici depuis le 15 décembre 1940, un confrère prisonnier en Allemagne. Le cabinet de mon confrère est resté fermé pendant plusieurs mois et mon démarrage a été lent.

Dernièrement la femme de mon confrère a reçu une lettre du contrôleur des contributions directes au sujet de cette patente, contenant notamment la phrase « A noter que de toute façon la patente est due soit par vous, soit par le remplaçant ».

Suis-je tenu de payer cette patente ou puis-je espérer obtenir un dégrèvement. Mes bénéfices de l'année n'ont pas été très gros. J'ai eu par ailleurs pas mal de frais en plus de mon entretien. J'ai eu en particulier à faire des achats de vêtements et de linge : je venais d'être libéré de captivité après avoir fait trente-et-un mois de vie militaire sans interruption et avoir perdu au cours des combats toutes mes affaires personnelles. Ce sont peut-être des faits que je pourrais faire ressortir dans une demande éventuelle de dégrèvement.

Je vous serais très obligé si vous pouviez m'apporter quelques éclaircissements sur ce cas.

Dr G. L.

Réponse

Il est certain, comme le dit le contrôleur, qu'un droit de patente est dû pour l'année 1941, soit par le Docteur F. soit par vous-même proportionnellement au nombre de trimestres civils pendant lesquels le cabinet a été ouvert. La question dépend uniquement des conventions de remplacement que vous avez pu passer.

D'autre part, le débiteur de cet impôt peut en se basant sur les dispositions de la loi du 22 octobre 1940, obtenir une réduction de patente si le montant des recettes professionnelles pour 1941, sont inférieures de plus d'un tiers au montant des mêmes recettes de l'année 1938.

Une telle demande doit être adressée avant le 31 mars prochain au directeur des Contributions directes du département.

Nous sommes d'ailleurs à votre disposition pour rédiger cette demande en nous basant sur les précisions comptables que vous pourrez nous fournir.

Dans le cas où vous ne pourriez obtenir le bénéfice de ces dispositions, il vous resterait à adresser au Directeur des Contributions directes de votre département, une demande de dégrèvement gracieux fondée sur votre situation actuelle.

QUESTIONS DIVERSES

490. — Prisonnier. Indemnité supplémentaire

Auriez-vous la bienveillance de me donner les instructions nécessaires pour obtenir en vertu de l'article 4 du statut du 31 juillet 1941, l'indemnité supplémentaire en faveur du personnel du Service de santé prisonnier.

Mme P..

Réponse

En plus de la solde de captivité qui leur est versée par les autorités allemandes, les médecins d'active ou de réserve maintenus en captivité, en territoire occupé ou en Allemagne, ont droit, à compter du 1er avril 1941, à une indemnité spéciale de 60 francs par jour.

Elle est payable selon l'une ou l'autre des deux modalités suivantes, dont le choix est laissé aux intéressés :

— soit mensuellement, cette indemnité s'ajoutant en totalité au montant de la délégation de solde ;

— soit en une seule fois, sous forme de rappel lors de la libération des intéressés.

En raison de la difficulté d'une correspondance directe entre l'administration centrale et les médecins prisonniers, les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont été priés par une Circulaire nº 7.636 C/7 du 2 septembre 1941, de faire parvenir aux médecins de réserve prisonniers, par l'intermédiaire de leurs familles, la note-questionnaire suivante :

A) *Renseignements* :

Nom et prénoms, grade, indication du camp ou de l'hôpital du prisonnier. Nom et adresse du délégataire. Centre d'administration territoriale chargé de la demande de délégation. (Ces deux derniers renseignements s'il y a délégation de solde) ;

B) *Réponses à faire* :

Soit : « Je désire que le paiement de l'indemnité spéciale prévue par l'art. 6 du statut du 31 juillet 1941 soit effectué mensuellement à mon délégataire....., ladite indemnité s'ajoutant en totalité au montant de la délégation qu'il perçoit (ou que je désire souscrire à son profit à compter du .....) ».

Soit :« Je désire que le paiement de l'indemnité spéciale prévue par l'art. 6 du statut du 31 juillet 1941 me soit effectué en une seule fois lors de ma libération, sur demande que j'adresserai alors à l'Administration centrale ».

La réponse que vous recevrez devra être transmise par vos soins dans le moindre délai possible, au Président du Conseil de l'Ordre des médecins de votre département, qui la fera parvenir immédiatement et directement à l'Administration centrale, sous le timbre de la Direction du Service de santé.



Soixante-quatrième année | N° 11 | 15 Mars 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

GUIDE PRÉCIS DU PRATICIEN

- sommaire -

Partie Scientifique

Partie Professionnelle

Demi-Colonnes

Demandes et Offres

L'Administration se réserve le droit de refuser toute insertion, même payée d'avance.
Elles doivent comporter une adresse.
Prix des insertions : *10 francs la ligne de 45 lettres ou signes (5 francs la ligne pour les abonnés au* « Concours Médical »).
Verser le montant au compte de chèques-postaux Paris 167-95.

N° 88. — A céd. urgent, 120 kil. Paris-Est, forte propharmacie. Conviendr. à médecin ou doctoresse Ecr. E. Ecrement, 5, rue Henri-Duchêne, Paris.

N° 89. — Urgent. Cabinet médical à céd. dans grande ville province, 150 kil. de Paris pour doctoresse gynécologue. Matériel et mobilier médic. à céd. prix intéres. S'adres. à Roullet, 129, faub. Poissonnière Paris. Tél. Tru. 43.50.

N° 90. — On recherche pour héritage, Mme Madeleine-Camille Ardoin, née à Paris, le 17 juin 1896 et qui, il y a quelques années était fem. de ch. chez un médecin de la banlieue parisienne. M. Renaut, 8, rue Freycinet, Paris (XVIe).

N° 91. — Médecin âgé, ayant bonne clientèle et installation physiothérapique complète dans la banlieue parisienne, serait désireux d'entrer en relation avec jeune médecin franç. d'origine, âgé 26 à 32 ans. Cathol., célib., en vue de lui céd. son cabinet avec participation aux bénéf. Ecr. à M. P. Roger, 47, rue Erlanger, Paris (XVIe).

N° 92. — Sud-Est : Poste médical médec. génér., propharmac. et médecine thermale, beau logem., garage et jard., loyer 2.500. Chiffre intéres. prouvé par déclaration fiscale. A céd. pour raison santé. Prix 25.000 dont 15.000 compt. ou 20.000 ttout compt. Ecr. Mme Boutier, 13, r. Aguado, à Gennevilliers (Seine).

N° 93. — Confr. surchargé demande collaborateur médical, act., célibat. de préfér., ancien externe des hôp. Situation intéress. Nécessité d'assurer ce poste pendant 5 ans et d'habiter la clinique. Ecr. avec référ. à M. E. Poutas, 8, pl. Paul-Verlaine, Paris (XIIIe). Tél. Gob. 47.35.

N° 94. — La Caisse primaire départ. de l'Aube, 56, boul. du 14-Juillet, à Troyes demande médecin contrôleur adjoint chargé également du service de radiologie de son contrôle médical.

Cabinet BREITEL et GORET
1, rue Dante, PARIS — Odéon 36-46

Banlieue Ouest. — Grand centre. Tr. ancienne client. Prix : 80.000 compt.

O. R. L. — Une h. Paris. Seul spécialiste. Prix 75.000, à débat. suiv. compt.

Côte d'Azur. — Import. client. A céd. cause santé. 60.000 compt.

Sud-Ouest. — Seul propharm., tr. bon rapport, cession urgente. Prix à débat.

Normandie. — Gros chef-lieu de canton, import. client. à céd. 60.000 dont 40.000 compt.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine........	**120 francs**
Étudiants	**80 francs**
Le Numéro........	**4 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris.

Renseignements

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Clinique médicale de l'hôpital Bichat** (Professeur PASTEUR-VALLERY-RADOT). *Conférences sur des sujets médicaux d'actualité.* — Une série de conférences sur des sujets médicaux d'actualité sera faite à l'amphithéâtre de l'hôpital Bichat, les mercredis à 10 h. 45.

Les 18 et 25 mars 1942. — M. le Professeur COURRIER, du Collège de France : Les hormones ovariennes.

Le 15 avril 1942. — M. PETIT-DUTAILLIS et M. COSTE : Les sciatiques par hernie discale.

Les 22 et 29 avril 1942. — M. PERRAULT : Les thérapeutiques par les sulfamides.

Les 6, 13, 20, 27 mai, 3 et 6 juin 1942. — M. JUSTIN BESANÇON : Les grandes avitaminoses sociales ; actualités sur les carences.

Ces conférences, destinées aux étudiants et aux médecins, sont libres.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. MACHEBŒUF, professeur de chimie biologique à la Faculté de médecine de Bordeaux, est détaché à l'Institut Pasteur de Paris pour trois ans.

— **Société des artistes indépendants.** — Le vernissage de la 53e Exposition de la Société des artistes indépendants a eu lieu le 6 mars. L'exposition restera ouverte au Musée d'art moderne de la Ville de Paris, avenue de Tokio, jusqu'au lundi de Pâques, 6 avril, inclus, de 9 h. 30 à 18 heures.

— Préfecture d'Eure-et-Loir. — *Inspection médicale scolaire.* — Un poste de médecin inspecteur des écoles étant vacant pour l'arrondissement de Châteaudun, un concours sur titres est ouvert à la Préfecture d'Eure-et-Loir. Peuvent seuls prendre part à ce concours les docteurs en médecine possédant la qualité de Français à titre originaire.

Il sera tout particulièrement tenu compte pour le classement des candidats des titres suivants : *a*) Certificat d'aptitude à l'inspection médicale scolaire ; *b*) Diplôme des Instituts d'hygiène des villes de Facultés ; *c*) Certificat attestant cinq années au moins d'exercice des fonctions de médecin-inspecteur des écoles dans un autre département.

Les nominations sont faites à titre précaire et révocable, en attendant une réorganisation du service qui permettra la titularisation.

Les médecins-inspecteurs des écoles recevront une indemnité mensuelle forfaitaire de 3.500 francs et auront droit au remboursement des frais de déplacement. Les demandes d'inscription devront parvenir à la Préfecture (Inspection de la Santé, 6, rue de Beauvais, à Chartres) accompagnées d'une enveloppe timbrée à 1 fr. 50 portant l'adresse du candidat.

— Naissance. — Nous apprenons la naissance de Micheline Sachnine, troisième enfant du Docteur Michel L. Sachnine (2, rue du Printemps, Vincennes ; 11 février 1942).

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur André Baudin, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, décédé le 22 février 1942 des suites d'une longue maladie ; du Docteur Hennecart, de Sedan, chevalier de la Légion d'honneur, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin contrôleur des Caisses primaires d'Assurances sociales des Ardennes ; de M. Paul Strauss, ancien ministre de l'hygiène, membre libre de l'Académie de médecine ; du Docteur Joseph Chalier, professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Lyon, frère du Professeur André Chalier.

Nécrologie

Professeur R. GRÉGOIRE

C'est un magnifique chirurgien et un grand honnête homme qui vient de disparaître.

Sans appuis, dans des conditions matérielles parfois médiocres, il avait gravi la rude route des concours, et s'était, tout seul, tracé le chemin, en regardant droit devant lui, et en travaillant.

Interne de Guyon, de Legueu, de Poirier et de L. Picqué il fut nommé agrégé, dans un concours où il ne partait pas favori, mais où la valeur des épreuves forçat le destin.

Avant d'être professeur de clinique, il enseigna l'anatomie à la Faculté, et l'enseigna en chirurgien.

Ses leçons, illustrées de schémas lumineux, émaillées de déductions pratiques, s'écoulaient au milieu de l'attention profonde des élèves, et dans le silence du grand amphithéâtre. Ceux qui l'avaient connu, ne pouvaient alors s'empêcher d'évoquer le Farabeuf des grandes heures.

R. Grégoire, chirurgien de l'hôpital Tenon, succéda, à Saint-Antoine, au Professeur Lejars. Dans

l'histoire de cette antique maison, le souvenir de ces deux hommes ne saurait être dissocié.

L'œuvre anatomique de R. Grégoire est importante : Anatomie topographique du thorax et de l'abdomen ; Précis d'anatomie écrit en collaboration avec Oberlin, et qui est entre les mains de tous les étudiants.

Dans sa thèse sur le traitement chirurgical du cancer du rein (1909) il étudie une technique opératoire de néphrectomie élargie, toute nouvelle alors, mais, qui, depuis cette époque, a recueilli des paternités nouvelles.

Ses travaux sur la chirurgie de l'œsophage, sur les anévrysmes artério-veineux, demeurent classiques et sont empre nts de cet amour des études physiologiques, qui lui avait un jour fait abandonner la rigidité étroite des disciplines anatomiques.

Nul chirurgien, parfait et exact en sa technique, ne fut moins mécanicien en ses concepts.

A la Société de chirurgie, puis à l'Académie, les communications du Maître de Saint-Antoine, étaient toujours marquées d'une profonde originalité. Etudes sur la vaccinothérapie dans l'ostéomyélite, les troubles nerveux dans les hémorragies, les pancréatites, les apoplexies sans thrombose. Questions qui demeurent ouvertes aux méditations de ceux qui pensent, qu'en chirurgie, il y a autre chose que l'autoclave et la pure technique d'un ajusteur sachant son métier.

R. Grégoire fut membre de l'Académie de médecine, président de l'Académie de chirurgie, président de l'Association française de chirurgie.

Les honneurs lui vinrent tour à tour sans qu'il les quémandât. Je ne sais, s'il leur fût spécialement sensible, il en fût certainement moins ému qu'un soir de 1915, où une croix de guerre vint témoigner de la conduite du médecin de bataillon, qu'avait été le médecin auxiliaire Raymond Grégoire.

J. de F.

Fantaisie et incohérence

On nous signale le curieux désordre qui règne au sein de l'Université et au grand dam des étudiants des dernières classes.

Les étudiants de la classe 38/2 et de la classe 38/3 ont été regroupés dans les garnisons de Toulouse et de Clermont-Ferrand en vue d'y poursuivre leurs études aux dates respectives d'octobre 1941 et de décembre 1941, c'est à dire après deux ans de présence sous les drapeaux.

Les étudiants de la classe 39/1 et 39/2 étaient encore, le 6 janvier dernier, maintenus dans leurs garnisons, donc dans l'impossibilité de suivre des cours ou des travaux pratiques.

Quant aux étudiants de la classe 39/3, ils n'ont jamais été incorporés et, après six mois de séjour dans les camps de jeunesse, ils ont été libérés en janvier 1941 ; depuis plus d'un an ils poursuivent donc normalement leurs études et sont sans conteste favorisés par rapport à leurs anciens.

Une circulaire ministérielle du 16 juin 1941 s'est avisée de cette situation et, sous le timbre du Secrétariat d'Etat à l'Education nationale, a autorisé les étudiants comptant plus d'un an de présence sous les drapeaux à prendre des inscriptions dans les Facultés.

Cette mesure donnait satisfaction aux étudiants en lettres et en droit qui, n'étant astreints ni au stage hospitalier ni aux travaux pratiques, peuvent travailler seuls, préparer leurs examens et les passer. Elle méconnaissait par contre les obligations auxquelles sont tenus les étudiants en médecine et en pharmacie et, de ce fait, restait parfaitement inopérante pour ceux-ci.

L'arrêté ministériel du 4 août 1941 a pris, en faveur des étudiants en médecine, une mesure singu-

lière. Elle exonère de la sixième année d'études tous ceux qui ont été retardés de plus d'une année scolaire par leur service militaire.

Si elle est si superfétatoire, cette sixième année, que ne la supprime-t-on pour tout le monde ? Et si elle est indispensable, quels médecins incomplets nous prépare-t-on ? A moins que l'Education nationale ne juge satisfaisante l'équivalence entre une année d'hôpital et une année de port de l'uniforme ?

Quant aux étudiants en pharmacie des classes 39/1 et 39/2 ils n'ont même pas eu, comme leurs camarades de médecine, ce dédommagement..... par ailleurs dommageable, et, seuls de tous les étudiants, ils savourent l'amère volupté d'être sacrifiés au service de l'armée.

Le Ministère de l'Education nationale ne pourrait-il demander au ministère de la Guerre de mettre un peu d'ordre et d'équité dans le statut des étudiants sous les drapeaux ?

Toujours les Certificats

... J'ai visité, ces semaines dernières, à huit jours d'intervalle, deux enfants de la même famille atteintes toutes deux de varicelle, et devant lesquelles la seule réaction des mères a été la question : « à quoi ai-je droit ? »... Le pronostic importe peu, le diagnostic encore moins ; il faut maintenant que chaque appel au médecin rapporte quelque chose, ce qui se traduit par un certificat : charbon, régime, supplément de gaz ou d'électricité, chaussures d'appartement, etc..., etc...

Mais il y a mieux : ces derniers jours, une de mes clientes, brave femme d'une soixantaine d'années, que je connais depuis longtemps, est venue me demander un certificat constatant qu'elle n'était pas atteinte d'aliénation mentale. J'ai cru, devant cette question, qu'au contraire c'était un certificat d'internement que j'allais avoir à lui délivrer. Pas du tout ; elle me présenta, émanant d'une Préfecture d'un département du Nord-Est, la liste des pièces qu'elle avait à fournir pour entamer... une instance en réparation de dommages de guerre. Je cherche en vain, depuis, l'explication de cette exigence.

Dr G. HATON (Paris).

Sports et restrictions alimentaires

L'Académie de médecine a déjà appelé à plusieurs reprises l'attention sur les inconvénients des exercices physiques sportifs en période de restrictions alimentaires. Renouvelant un vœu présenté en février 1941 par le Professeur Rathery (vœu suivi par des communications ultérieures de MM. Tanon et Dalimier et de M. Le Noir), elle a demandé, dans sa séance du 27 janvier 1942, que pendant cette période de rationnement alimentaire, les sports athlétiques et les compétitions sportives soient interdits.

Voici quelques chiffres extraits du rapport de M. Charles Richet, qui a motivé ce nouveau vœu.

L'exercice sportif le plus simple, la marche, coûte par heure (comme dépense calorique) autant que le travail professionnel musculaire de l'ouvrier moyen. L'exercice sportif d'intensité normale (gymnastique d'agrès, leçon d'éducation physique) en exige autant que le travail d'un terrassier.

Les exercices athlétiques sont gros consommateurs de calories. Une séance de rugby, par exemple, de deux mi-temps de 45 minutes chacun, provoque de la part des quinze joueurs des deux camps une

dépense énergétique totale de 22.500 calories, correspondant à la ration quotidienne actuelle de treize adultes. Les besoins de ces sportifs ne peuvent être couverts, avec les restrictions présentes, que par leurs propres réserves ou par des aliments supplémentaires que l'on prendra sur la masse. Le sport, dans ce dernier cas, dit M. Richet, c'est le pain des autres. Autant les exercices physiques sont utiles dans les conditions habituelles, autant, dans cette période de rationnement, ils doivent être modérés ; sinon, ils constituent un contre-sens à la fois physiologique et social.

Courrier littéraire

La Fleur de France

Collection nouvelle illustrée et présentée avec goût où l'éditeur Denoël donne au jeune public de beaux sujets d'exaltation en lui offrant le récit souvent fort pittoresque de la vie des plus glorieux hommes de France. Quatre séries sont au programme : *Les grands navigateurs. Les artistes et inventeurs. Les grands capitaines. Les explorateurs et conquérants.*

Monseigneur de Zavares

Le roman pourpre et or d'une époque où, à travers des amours violentes et des aventures de guerre, d'ardents capitaines cherchaient le sens de leur destinée.

Albert Paraz, auteur du « Roi tout nu »

Albert Paraz, qui vient d'obtenir le prix Cazes (5.000 francs) qu'on appelle déjà le « Goncourt des jeunes » pour son très curieux roman « *Le Roi tout nu* » a débuté dans les lettres par un roman intitulé *Bitru*. Albert Paraz était chimiste et il a travaillé avec Jolliot-Curie. Depuis quelques années, il s'est entièrement consacré aux lettres et il a publié un second roman intitulé « *Les Repues Franches* ».

(*Editions Denoël*).

Referendum de la voiture du médecin

Au moment où notre industrie automobile est en sommeil du point de vue production, on prépare les modèles de l'avenir. Des études sont en cours chez tous les constructeurs, études qui leur permettront d'établir les types de voitures offertes à la clientèle, quand les circonstances normales de vie pourront être reprises.

Le moment paraît donc bien choisi pour faire connaître aux constructeurs les désirs des usagers.

Parmi ceux-ci, les médecins comptent comme les plus nombreux dans la catégorie de ceux qui exigent pour exercer leur profession une voiture légère, d'utilisation économique, commode et pratique.

Aussi avons-nous pensé à demander à tous nos lecteurs de nous donner sur ce point leur avis. Afin de nous permettre un classement plus facile, nous avons rédigé un certain nombre de demandes auxquelles nos lecteurs voudront bien répondre en toute sincérité. Ces réponses seront classées, et de l'examen des résultats fournis pourra être tirée la description du type de la voiture du médecin. Nous serons par conséquent armés pour demander aux constructeurs d'étudier les désirs formulés par la corporation médicale qui aura ainsi, enfin, la voiture qui lui est nécessaire pour exercer sa profession, voiture qui diffèrera très certainement de la voiture de tourisme qui lui est seule offerte actuellement.

Nos lecteurs sont donc priés de vouloir bien nous retourner rempli le questionnaire ci-après.

Henri Petit.

Questionnaire

1° La voiture médicale doit-elle comporter une, deux, trois ou quatre places ?

2° Dans l'utilisation normale de votre voiture actuelle, par combien de personnes est-elle occupée ?

3° Quelle vitesse maximum estimez-vous nécessaire ?

4° Quelle vitesse moyenne désirez-vous réaliser en service normal ?

5° Quelle consommation voudriez-vous ne pas dépasser ?

6° Désirez-vous une carrosserie ouverte, fermée ou transformable ?

7° Estimez-vous que le moteur à refroidissement par air soit préférable au moteur classique à refroidissement par eau ?

8° Admettriez-vous un moteur à un ou deux cylindres au lieu du moteur classique à quatre cylindres ?

9° Quels sont la marque et le type de la voiture que vous utilisez actuellement ? (*indication facultative et qui sera d'ailleurs gardée confidentielle*).

10° En êtes-vous complètement satisfait ? Sinon quels défauts lui reprochez-vous ?

vitesse insuffisante :
consommation excessive :
difficulté de mise en route :
confort insuffisant :
robustesse insuffisante :

11° Veuillez indiquer votre ordre de préférence pour les différentes qualités que vous demandez à la voiture médicale :

Vitesse maximum en palier :
Consommation :
Robustesse :
Facilité d'entretien :
Confort :
Suspension :
Prix d'achat :
Prix de revient au kilomètre :
Agrément des relations avec le constructeur :
Facilité de réparations :

Signature et adresse
(*facultatifs*).

L'approvisionnement des propharmaciens

Nous avons publié dans notre dernier numéro un document précisant la valeur des tickets remis aux propharmaciens pour leur réapprovisionnement.

Pour obtenir ce carnet de tickets, muni d'un signe distinctif P, le propharmacien doit faire une demande au Comité d'organisation des Industries et du Commerce des produits pharmaceutiques, *par l'intermédiaire du Conseil régional de la pharmacie de son ressort*, qui doit apostiller la demande.

Ainsi que nos lecteurs auront pu le voir, le carnet de tickets ne donne pas droit à l'attribution de sucre ni de lait concentré sucré. Nous nous en sommes inquiétés et voici ce que nous avons appris :

Pour le sucre, les propharmaciens doivent adresser une demande de bons au Comité d'organisation des Industries et du Commerce des produits pharmaceutiques, 2, square de Luynes à Paris pour la zone occupée et 46, rue Centrale, à Lyon, pour la zone non occupée.

Cette demande ne sera satisfaite qu'autant que le propharmacien pourra justifier avoir obtenu l'autorisation préfectorale prévue à l'art. 29 de la loi du 11 septembre 1941.

Pour le lait concentré sucré, aucune précision n'a pu encore être donnée.

La question du ravitaillement de la population en cette denrée est à l'étude et dépasse le cadre des professions médicale et pharmaceutique.

Dès que des résultats positifs auront été enregistrés, nous ne manquerons pas de les faire connaître à nos lecteurs.

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance médicale gratuite

Aux termes d'un arrêté en date du 6 février 1942, la ville de Moulins (Allier) est autorisée à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'assistance qui lui avait été accordée par arrêté du 2 avril 1906.

(*J. O.* du 25 février 1942).

Comité consultatif d'hygiène de France

Ont été nommés membres du Comité consultatif d'hygiène de France (section des stations hydrominérales, climatiques et uvales) :

(*Arrêté du* 16 *octobre* 1941)

MM. les Docteurs :

Piéry, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon ;

Giraud, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ;

Chabrol, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ;

Aris, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'hôpital de Pau.

(*Arrêté du* 24 *octobre* 1941)

Section de la tuberculose

M. le Docteur L. Pellissier, ancien chef de Clinique à la Faculté de médecine de Paris, inspecteur général honoraire de la Santé.

(*Arrêté du* 20 *novembre* 1941)

Section d'hygiène industrielle et de médecine du travail

MM. les Professeurs :

Leclercq, de la Faculté de médecine de Lille ;
Mazet, de la Faculté de médecine de Lyon.

(*Arrêté du* 3 *janvier* 1942)

M. le Docteur Pierret, directeur général de l'Office international d'hygiène publique.

(*J. O.*, 20 février 1942).

Enseignement

Décret du 18 *février* 1942 *portant dérogation à l'application de l'article* 1er *du décret du* 8 *novembre* 1941 *sur la situation des professeurs de Clinique des villes de Facultés.*

Art. 1er. — A titre exceptionnel et comme mesure transitoire, l'article 1er du décret du 8 novembre 1941 n'est pas applicable :

1o Aux professeurs de Clinique médicale, chirurgicale et de spécialité des villes de Faculté qui sont actuellement en exercice ;

2o Aux agrégés des Facultés de médecine nommés antérieurement au 2 septembre 1939, s'ils accèdent comme professeurs titulaires à une des chaires visées au paragraphe 1er du présent article.

Art. 2. — Les dérogations qui précèdent n'ont pas pour effet de suspendre l'exécution des dispositions prévues à l'article 2 du décret du 8 novembre 1941, qui demeurent immédiatement applicables aux professeurs et agrégés des Facultés de médecine chefs d'un service hospitalier.

(*J. O.*, 20 février 1942).

Par arrêté en date du 11 février 1942 est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Lyon, en date du 11 juin 1941 portant création d'un Institut de médecine et d'hygiène coloniales rattaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon.

(*J. O.*, 23 février 1942.)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêtés en date du 18 février 1942, ont été nommés :

Médecin chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier (Rhône), M. le Docteur Renaux, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire).

Médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), M. le Docteur Sizaret, médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente).

Médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Breuty-la-Couronne (Charente), M. le Docteur Pesussel, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources (Meuse).

Médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Quimper, M. le Docteur Bercegeay, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne).

Médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, M. le Docteur Scherrer, médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Bailleul (Nord).

Médecin directeur à l'hôpital psychiatrique de Fains-les-Sources, M. le Docteur Capelle, médecin chef audit établissement.

(*J. O.*, 25 février 1942.)

Voir la suite page XXXV-391

PARTIE SCIENTIFIQUE

TOPIQUES CICATRISANTS EN DERMATOLOGIE

Par R. Barthélemy,

Ancien chef de Clinique à l'Hôpital Saint-Louis

Pour la cicatrisation, trois éléments d'ensemble, nutrition générale, nntrition locale, agents offensifs externes sont à considérer. Mais pour la thérapeutique *locale*, la nature des topiques réparateurs (ou *non empêchants* pour la réparation) est essentielle, car elle doit s'accorder avec les conditions chimiques normales de la peau saine.

Comme y ontinsisté Melnotte et ses collaborateurs dans la *Presse médicale*, à propos de la réparation des plaies de guerre infectées, la cicatrisation des plaies en contact avec des solutions très acides ou très alcalines est interminablement retardée : plaies des doigts des travailleurs de laboratoire maniant des réactifs, crevasses des blanchisseuses, plaies de la zone urinaire en contact avec des urines ammoniacales. Et l'on sait que la peau *saine* a une acidité ionique franche (pH = 5,2). Il importe donc de ne pas gêner, sinon de rétablir avec exactitude, cette acidité favorable, mais modérée, et qui est d'ailleurs assez variable suivant les régions, son maximum, 4,5, étant à la main et, pour les muqueuses, à celle du vagin (Marchionini).

Il faut d'ailleurs tenir compte de la prédisposition constitutionnelle du sujet, car si la peau de celui-ci possède, diathésiquement pourrait-on dire, une tendance réactionnelle eczémateuse, psoriasique ou autre, les chiffres absolus peuvent varier selon les individus alors que la peau est encore apparemment normale, ou, bien entendu, si elle est déjà frappée d'une dermatose. Aussi Darier, à la suite notamment des travaux de l'école de Nancy (Spillmann et Verain, Drouet, Weiss), avait-il conclu que pour les dermatoses réactionnelles l'important n'est pas le sens de la variation, mais la rupture de l'équilibre acido-basique normal.

La cicatrisation n'est donc, comme on pouvait empiriquement le prévoir, pas à obtenir par les mêmes moyens sur une peau normale traumatisée, ou sur une peau malade ayant des pertes de substance non traumatique, sans même parler de celles qui sont d'origine neurotrophique.

Autre point à considérer : on sait que les corps gras, utiles pour empêcher l'étalement d'une macération, la diffusion d'une infection cutanée, et pour maintenir souple, sinon « nourrir », un épiderme sec, sont nuisibles à la cicatrisation, à l'épidermisation, sauf peut-être dans certains cas où ils empêchent l'adhérence destructive du pansement aux bords ou aux îlots épidermiques d'une plaie en réparation.

Il est inutile d'exposer ici les détails physico-chimiques qui justifient aujourd'hui les constatations clinico-empiriques déjà anciennes des grands observateurs de la dermatologie (gel colloïdal protéolipoïdique, hydraté à 70 %, bloquage des groupements hydrophiles de l'épiderme par les pommades courantes, émulsions médicamenteuses du type *eau dans l'huile*, etc.).

La cicatrisation comporte d'ailleurs au moins deux phases, deux plans : la cicatrisation des tissus sous-jacents à la peau, et celle de la peau.

La première a un caractère surtout chirurgical, dont les grands principes sont la recherche d'une réunion aussi « ajustée » que possible, l'hémostase soigneuse, et la non-infection, que celle-ci s'obtienne par épluchage, suture ou aussi par des moyens chimico-antiseptiques.

La cicatrisation dermatologique peut et doit s'aider aussi de moyens mécaniques, connus depuis Ambroise Paré au moins (pansements rares, compression, curetage, scarifications des bords de « l'ulcère », etc.).

Pour être moderne, elle peut rechercher une acidité favorable par des pommades non grasses, à base d'acide lactique, naturel par exemple. Mais cette acidité s'obtenait déjà bien antérieurement par de simples lotions ou pansements à sec des solutions aqueuses étendues (un à cinq pour cent) d'acide phénique, d'acide salicylique, d'acide benzoïque, de résorcine, d'acide tannique, parfois additionnées d'une petite quantité d'alcool, et, plus vétustement encore, par les vins et vinaigres aromatiques.

Malgré ses inconvénients, l'acide *picrique* peut également être employé. Moins connu est l'acide pyrogallique, dont la toxicité empêche de l'employer sur de larges surfaces à vif, mais actif par exemple en solution, à raison de deux grammes dans un excipient comprenant 25 d'eau et 25 d'alcool à 90°.

C'est indirectement lui, et surtout le tanin, qu'on utilise avec la poudre ou le décocté de noix de galle. De même le tanin est l'agent du décocté de racine de fraisier sauvage, de racine de tormentille, de feuilles de noyer ou de ronce (proportion 5 p. cent). Rappelons ici la vieille formule siccative de l'*encre de Leistikow*, faite de solutions aqueuses de tanin au tiers, de sulfate ferreux au cinquième, dont on prend parties égales

pour obtenir dans l'eau une solution définitive à cinq pour cent, applicable chaque jour ou à de plus longs intervalles en badigeonnages, d'aspect, hélas, assez malpropre.

Mentionnons en passant la simple solution de sulfate de cuivre au centième, abrégé de la formule plus complexe et souvent plus irritante à cause du sulfate de zinc, de l'eau de Dalibour sur laquelle Sézary a donné les plus érudits commentaires, en préconisant aussi une poudre de talc avec 2 centigrammes de sulfate de zinc, cinq de sulfate de cuivre pour vingt grammes.

La teinture d'iode, malheureusement rare, est un bon cicatrisant lorsqu'elle est employée avec mesure, et diluée. Le chlorhydrate d'oxyquinoléine en solution à 2 p. 100 dans l'alcool-acétone (suralcol) ne paraît pas aussi efficace sur ce point.

N'oublions pas l'*alun* qui, en poudre, ne doit guère être employé seul, mais plutôt sous la forme de talc aluné (1 à 10 p. 100) et parfois sous celle plus absorbante de craie alunée. En solution, l'alun peut être employé seul, mais son action est renforcée utilement dans la *liqueur de Burow* (une partie d'alun, cinq d'acétate de plomb pour 100 d'eau), qui doit être, en dermatologie, agitée avant usage et encore diluée dix fois.

L'acétate neutre de plomb peut d'ailleurs être employé seul en solution aqueuse au 100e.

Quant au sous-acétate de plomb liquide, ou extrait de Saturne, il donne, dans la proportion de 20 pour 980 d'eau de fontaine, la vieille lotion à l'acétate de plomb du Codex, l'*eau blanche* ; ou encore avec 900 seulement d'eau et 80 d'alcoolat vulnéraire, l'eau *végéto-minérale de Goulard*, lotions résolutives, siccatives et astringentes dont les praticiens obtiennent, de bons effets.

Cet *extrait de Saturne*, si l'on trouve encore de l'alcool et du camphre, donnera un bon topique selon la formule de Mialhe (30 grammes d'extrait de Saturne et autant d'eau-de-vie camphrée).

La solution de bleu de méthylène à 5 % dans l'eau a été recommandée par Violet, notamment pour le traitement des brûlures.

Parmi les *poudres cicatrisantes*, plus ou moins rares à l'heure actuelle, outre le talc aluné ou celui de Dalibour, déjà cités, le talc camphré, l'aloès couramment introuvables, le vieux sous-carbonate de fer, la vieille poudre de Lucas-Championnière, restent à citer. Mais ses composants sont également peu commerciaux, dont le quinquina rarissime et l'iodoforme, qui peut y être supprimé d'ailleurs. L'iodure d'amidon était un produit très recommandable, malgré sa couleur sombre et ses effets parfois irritatifs, ainsi que la formadermine, éther méthylénique du gaïacol, poudre adhérente, fine, sans l'odeur désagréable de ce composant, mais brune et salissante.

Le saupoudrage *aux poudres de sulfamides*, s'il n'est pas un cicatrisant direct, n'en a pas moins une action remarquable, par son pouvoir antiseptique en dehors même du streptocoque, sur diverses lésions érosives ulcéreuses, sur les écorchures ou plaies traumatiques, sur les lésions génitales herpétiques mêmes ou causées par le bacille de Ducrey ou le virus de la maladie de Nicolas et Favre.

Sabouraud recommandait vivement pour fermer les gerçures et les petites plaies, le baume du Commandeur, à base de tolu et benjoin.

Enfin, nul dermatologiste n'oublierait de mentionner le crayon de *nitrate d'argent*, ou les solutions plus ou moins concentrées dans l'eau distillée (1 à 10 pour 100). On a même obtenu une sorte d'épiderme artificiel par un badigeonnage d'une solution assez concentrée (1 p. 10 environ) et son irradiation ultra-violette consécutive qui réalise une pellicule argentique assez résistante.

Ainsi sommes-nous conduits aux *agents physiques*, dont l'air chaud, les *rayons infra-rouges*, qui calment bien le prurit ou même la douleur des brûlures (Gautier). La lumière solaire ou son équivalent artificiel constituent les plus simples.

Mais il en existe d'autres. De Loz a récemment indiqué (*L'Hôpital*, octobre 1941, p. 322), les bons effets cicatrisants d'emplâtres au Radon (Radonol), avec émanation radio-active du radium, émettrice de rayons alpha, relativement lents, peu pénétrants, chargés positivement.

D'autre part, outre l'ionisation, qui n'est qu'un moyen de faire pénétrer des particules médicamenteuses diverses, citons la valeur analgésique et cicatrisante de l'électrothérapie « douce », des microdoses électriques notamment sur les brûlures. L'action particulière des applications du courant dit *exponentiel* de basse fréquence à ces pertes de substance souvent atones ou lentement réparables et toujours douloureuses, doit être signalée (Aubourg et Le Gô).

Avec un appareil spécial et deux électrodes, on emploie une intensité donnant une sensation de léger frémissement pour une fréquence de 50 par seconde et une durée des impulsions de 6 à 4 sigmas, (séance en moyenne de 30 minutes.)

De cette rapide revue la conclusion sera qu'il est encore actuellement possible d'obtenir, par des moyens simples mais suffisamment adaptés au milieu citadin ou rural, des cicatrisations satisfaisantes par leur qualité et leur rapidité, bien que les huiles de poisson (morue, flétan, etc.), soient des raretés, de même que la simple teinture d'iode, le mercurochrome ou les solutions alcooliques de pyoctanines et autres colorants cicatrisants, ou encore les crêmes au carotène (Zoltan), à la lécithine, à la cholestérine, à l'huile de tortue (Lee), à l'huile d'avocat (Wheaterby), à la vitamine F, ou au suc embryonnaire (1).

(1) Cette *mode* « nutritive » de la peau même saine est-elle plus efficace que, pour les ulcères, la vieille plaque de plomb dont Guy de Chauliac disait : « *plaid plumbi lermis experta per me...* »

CE QUE PRATIQUEMENT LE MÉDECIN DOIT SAVOIR....

Des fractures du col du fémur et de leur traitement

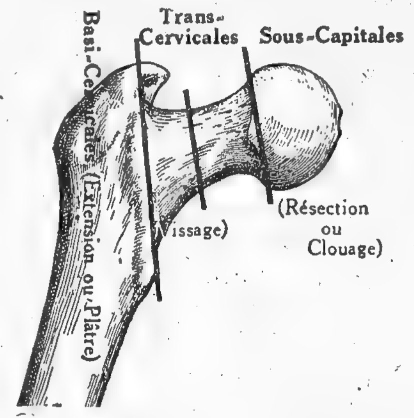
D'après le Docteur Dupuy de Frenelle (1)

❖ ❖

Données générales

Les fractures du col du fémur sont généralement réparties en trois principales variétés : les fractures sous-capitales, les fractures trans-cervicales et les fractures basi-cervicales.

Les fractures sous-capitales, qui séparent la tête du col du fémur, guérissent exceptionnellement en dehors de l'opération et aboutissent ainsi, le plus souvent, à la pseudarthrose. La véritable raison des échecs du traitement non chirurgical de ces fractures réside, en réalité, dans la grande difficulté d'obtenir une réduction parfaite du déplacement des fragments, et dans la difficulté plus grande encore de maintenir, pendant les trois mois nécessaires à la consolidation, la réduction obtenue. Et même la simple coaptation ne suffit pas : *l'interpénétration forcée des deux fragments* est, en effet, la condition essentielle du succès pour cette variété.



Les trois variétés de fractures du col du fémur (d'après Dupuy de Frenelle).

Les fractures transcervicales passent par le milieu du col fémoral, à égale distance du col et de la tête. Elles peuvent aussi bien guérir par l'*extension continue,* qui nécessite une surveillance médicale quotidienne ; par l'*immobilisation plâtrée,* que le sujet juge également supportable ; par le *vissage* ou le *clouage,* qui est la méthode la plus simple et le plus facilement supportée par le fracturé.

Les fractures basi-cervicales, juxta-trochantériennes ou même transtrochantériennes, guérissent très bien par l'*extension continue* ou l'*immobilisation plâtrée.*

Sur la technique des différentes méthodes de traitement

En présence d'une fracture du col fémoral, l'œuvre première revient au praticien, pour en reconnaître la variété, et agir en conséquence. Un signe essentiel le mettra en garde vis-à-vis de la transcervicale ou de la sous-capitale. C'est la *rotation externe du pied,* quand elle est en partie corrigible ; celle-ci exigera immédiatement un mode de réduction particulier, et probablement ensuite l'appel du chirurgien. Dans les autres cas, l'extension continue constituera la première étape du traitement.

L'extension continue

Réalisée suivant les méthodes classiques, bien connues de tous, à l'aide d'un étrier avec robuste et large ruban adhésif, il est capital que le membre soit placé *sur une gouttière de roulement* ; la semelle de cette gouttière est munie d'une potence, à laquelle est suspendu le pied. Ce dispositif permet de lutter contre la tendance à la rotation externe du pied et de tout le membre inférieur.

Mais le traitement des fractures du col du fémur par ce procédé n'est possible que si le sujet le supporte très aisément, s'il se trouve soulagé par l'extension ; il nécessite une *surveillance active de tous les jours,* qui a pour but, chaque jour ou très fréquemment, pendant deux ou trois mois de parfaire la réduction, et de contrôler la très exacte coaptation des fragments. Le membre est soumis à une traction, très légère, qui varie de un à cinq kilos, à la condition expresse que l'extension soit pratiquée avec une gouttière de roulement. Chaque jour, puis tous les deux jours, un massage de la région trochantérienne est pratiqué. Ce massage a pour but de vérifier que le trochanter ne remonte pas vers la crête iliaque et qu'il ne tombe pas vers le plan du lit. Une série de coussins variés aident à repousser le trochan-

(1) *La Clinique,* septembre 1941.

ter en avant et à empêcher que l'angle ouvert en arrière et en dedans, formé primitivement par les deux fragments du col ne se reproduise. Le contrôle radiologique est très utile.

L'immobilisation plâtrée

La *réduction* demande un soin tout particulier pour l'application de ce procédé.

Dans les fractures transcervicales sans engrènement, le fragment trochantérien, entraîné par le poids de la cuisse dans la position couchée, tombe en arrière, ce qui occasionne la rotation externe du pied. Le fragment céphalique reste au niveau de la cavité cotyloïde, qui est surélevée par rapport au plan du lit. Ces deux fragments forment ainsi un angle ouvert en arrière et en dedans. Le fragment externe est le seul, sur lequel le chirurgien ait une action. Pour ramener celui-ci dans l'axe du fragment interne et sur le même niveau, il faut l'attirer fortement en dehors, ensuite l'amener en avant vis-à-vis du fragment interne, on imprime alors une rotation interne à ce fragment trochantérien pour détruire l'angle anormal (ouvert en arrière et en dedans), que forment les deux fragments. Quant à l'ascension vers le haut, elle est facile à réduire en tirant avec précision sur le membre placé en abduction. Sauf chez les adultes, où la ligne de conduite chirurgicale est facile à déterminer aussitôt, une période de mise en observation commence alors. Le premier jour, quelques massages permettent de mieux se rendre compte de la nature de la fracture et de la résistance du sujet. Une simple immobilisation avec des coussins, qui s'opposent surtout à la rotation externe du pied, est le plus souvent suivie très rapidement de l'extension continue.

Dans les fractures basi-cervicales, s'il y a pénétration des fragments (ce que l'on doit respecter chez les vieillards et les malades tarés), la réduction est plus compliquée, car il s'agit de dépénétrer les fragments. Une traction de 15 à 20 kilos suffit presque toujours ; du même coup, le raccourcissement disparaît dans un cas comme dans l'autre; un contrôle radiographique est indiqué.

Un *appareil plâtré* doit aller du thorax à la racine des orteils, en abduction prononcée des deux membres, et en rotation interne pour le côté fracturé. La confection de ce plâtre, qui doit rester en place trois mois au minimum, doit être très soignée. Pour maintenir l'écartement des deux membres en abduction, l'appareil de Lambotte est excellent : c'est une tige à coulisse, qui est reliée à la région malléolaire de chaque côté par deux larges plaques d'appui fixées par une bande, ou par une bande plâtrée ; l'allongement de la tige permet de régler l'abduction bilatérale.

Les principales techniques opératoires :

L'impaction forcée des fragments, suivant Robineau.

Elle précède l'immobilisation plâtrée. Le premier temps de la réduction d'une fracture du col du fémur, doit consister à écarter fortement la racine des cuisses, pendant que les *genoux* sont restés solidaires. Cette manœuvre a pour but d'obtenir la disjonction des fragments *accrochés* en angle à sommet antérieur, avant de réaliser la *rotation interne* du membre, qui doit réaliser l'affrontement exact. Le deuxième temps est la rotation interne imprimée au membre pour corriger l'angulation des fragments. Le troisième temps comporte une *abduction très forte* combinée à l'extension du membre, dans le but de corriger le déplacement vers le haut du fragment trochantérien. L'abduction plaçant les deux fragments dans le même axe offre, en outre, l'avantage de relâcher les muscles pelvi-trochantériens, qui favorisent l'ascension du fragment trochantérien et de tendre fortement les muscles adducteurs, ce qui contribue à maintenir au contact les deux surfaces fracturées. Le quatrième temps a pour but d'obtenir l'interpénétration des extrémités de la fracture, car ceux-ci, mis en présence l'un de l'autre, ne pourront rester ainsi durant les deux ou trois mois nécessaires à la consolidation, s'ils ne sont solidement maintenus soit par une interpénétration, soit par un moyen de contrôle efficace. Cotton la réalise au moyen d'un maillet de bois frappant sur le trochanter ; il faut tout au moins repousser vivement le fémur contre la tête fémorale. On reconnaît que la correction de la déviation angulaire est obtenue à ce que, lorsque la rotation externe du pied a été corrigée : celui-ci bien orienté vers le zénith, n'a plus aucune tendance à retomber en dehors.

Le vissage ou l enclouage du fémur

L'indication de ce traitement opératoire dans les fractures sous-capitales et transcervicales varie en fonction de la résistance vitale et du tempérament du blessé. Le vissage s'opère en toute sécurité avec le concours de la radiographie et du compas directeur. M. Dupuy de Frenelle a décrit dans sa « Technique chirurgicale » (5 octobre 1938) un procédé personnel, qui permet de se passer du compas guide.

Si, chez les sujets de moins de 60 ans, cette méthode sanglante donne un grand pourcentage de succès, après 60 ans, la méthode de l'immobilisation plâtrée ou de l'extension continue reste préférable en raison des échecs de la première à cet âge.

G. FISCHER.

A PROPOS DU DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE DANS LES ÉCOLES

Le Docteur Baize a fait paraître dans le CONCOURS MÉDICAL *du* 21 *décembre* 1941 *un article sur le dépistage de la tuberculose dans les écoles.*

Le Docteur Baize dit que nous différons sur le moyen d'assurer ce dépistage et que l'examen radioscopique ne paraît pas être un bon procédé de dépistage de la tuberculose.

Cette affirmation me paraît trop absolue.

D'ailleurs dans mon article de novembre, je commençais par parler de la cuti-réaction, et je disais toute la valeur de la cuti-réaction et spécialement du virage de la cuti-réaction.

Les quelques lignes. qui suivent, sont la reproduction intégrale de la communication faite à la Société d'études scientifiques sur la tuberculose en zone libre le 25 *octobre* 1941.

Elles donneront, je pense, tout apaisement au Docteur Baize.

Il verra que je ne considère pas comme exclusive, primordiale et essentielle, la radioscopie comme procédé de dépistage de la tuberculose et qu'au contraire je considère que la cuti-réaction est à la base des examens systématiques pour la tuberculose.

Voici le texte de ma communication :

Quelques idées suggérées par des examens systématiques pratiqués dans plusieurs écoles

Nous donnerons le nombre des C. R. —, le nombre des C. R. +, leur rapport ; parmi les C. R. +, le nombre se révélant par des symptômes radiologiques anormaux, et le nombre de virages de C. R., lorsque nous avons pu revoir les sujets à 4 ou 6 mois d'intervalle.

Voïci les résultats :

I. — Dans une école de 140 enfants de 3 à 15 ans :

121 C. R. négatives ;

16 C. R. positives, soit un peu plus de 1 /10e, dont 13 sans symptômes et 3 avec des symptômes radiologiques ou cliniques (une image ganglionnaire, une infiltration de la partie supérieure avec hémoptysies).

Trois virages de C. R., observés un après 4 mois, un autre après 8 mois, sans lésions, si ce n'est pour l'un d'eux, où nous avons pu déceler une image para-hilaire très légère.

Nous venons d'apprendre qu'une des enfants à C. R. négative était en train de mourir de méningite tuberculeuse.

II. — Dans une école de garçons de 70 enfants de 6 à 12 ans :

57 C. R. négatives ;

13 C. R. positives soit 1 /5e, dont deux avec images radiologiques peu marquées.

III. — Dans une école de garçons de 56 enfants de 7 à 15 ans environ :

42 C. R. négatives ;

14 C. R. positives soit 1 /4, dont trois avec phénomènes morbides peu marqués : fébricule, mauvais état général, images radiologiques très légère s.

IV. — Dans l'Ecole d'Etat des élèves-infirmières, nous avons vu au cours de plusieurs années 69 infirmières :

23 C. R. négatives ;

37 C. R. positives soit plus de la moitié dont trois avec lésions légères : un nodule et un érythème induré de Bazin.

Neuf virages de C. R. avec, comme phénomènes morbides, deux érythèmes noueux.

Nous n'avons pas besoin de revenir sur l'utilité et même la nécessité des examens systématiques dans les collectivités.

Nous rappellerons volontiers cette observation de Courcoux, où un jeune homme de 17 ans a semé la mort dans un collège municipal chez deux de ses camarades, a été cause d'une spléno-pneumonie grave chez un autre et mourut lui-même :

Celle de Dufourt, Levrat et Villard : dans un pensionnat de jeunes filles du Sud-Est, du fait d'une institutrice, il y eut 9 primo-infections, dont 7 se révélèrent par un érythème noueux.

Pour l'organisation des examens systématiques, nous pensons qu'il serait bon de les organiser sur place, autant que possible pour les grandes collectivités.

Dans certaines usines il y a déjà des services médicaux organisés, un service social avec des assistantes sociales, de même à la S. N. C. F.

Les examens systématiques seraient donc facilement organisés dans ces collectivités.

Il faudrait qu'ils soient faits par un spécialiste.

Dans les autres collectivités et spécialement dans les écoles les organisations post-scolaires et les sociétés sportives, le mieux serait que le médecin spécialiste ait un appareil transportable ; il en existe des types très maniables, d'un

◆◆◆

prix tout à fait abordable, et qui s'adaptent à tous les courants.

Nous ne parlerons pas des organisations radiologiques ambulantes avec radio-photographie.

Ce sont des appareils très coûteux, que les Assurances sociales se refuseraient à payer dans certains départements.

Nous pensons, en effet, que c'est aux Assurances sociales que revient la charge des examens systématiques ; leur fonction est l'assistance en cas de maladie et la prévention de la maladie. D'autre part, c'est leur avantage, car elles pourront éviter des journées de sanatorium, qui se chiffrent par dizaines et même centaines de millions.

D'ailleurs, actuellement — je parle surtout pour les écoles — la question serait moins compliquée et moins onéreuse que l'on ne pense. Car nos conceptions de pathogénie de la tuberculose étant orientées par l'allergie, c'est sur cette réaction biologique qu'on pourrait se baser pour faire les examens radiologiques.

On pourra faire des radioscopies seulement aux enfants à réaction positive ou à ceux dont la cuti-réaction vient de virer ; pour ceux-là même on pourra faire une radiographie, si l'on voit quelque chose d'anormal.

Nous venons de voir que dans les écoles, le nombre des C. R. +, par rapport aux —, varie de 1/10e à 1/4 du nombre des sujets, et le virage des C. R. est de 1/35 du nombre des enfants.

Chez les élèves-infirmières les C. R. + sont plus de la moitié et les virages de C. R. de 1/8.

Par conséquent, les examens radioscopiques, tout au moins dans les écoles, seraient peu nombreux.

Les enfants ou les ouvriers reconnus malades, c'est-à-dire qui auront une image radiologique suspecte ou anormale, accompagnée ou non de phénomènes généraux et en particulier de fièvre, seront accompagnés au dispensaire par l'assistante sociale de l'usine ou de l'école.

Le dispensaire reste le centre de la lutte anti-tuberculeuse.

C'est lui qui serait chargé de parfaire le diagnostic, de s'occuper de l'envoi du malade dans les différentes organisations anti-tuberculeuses et d'enquêter ou de rechercher dans ses dossiers l'état de la famille du malade, car il ne faut pas se dissimuler que c'est tout de même encore la famille, qui reste le lieu par excellence de contamination, le creuset dans lequel se fond la tuberculose.

Ces examens systématiques des collectivités basés sur des examens biologiques et radiologiques nous apporteront très probablement des éclaircissements sur la pathogénie de la tuberculose et sur son mode de contamination, ce qui sera une contribution à l'étude scientifique de la tuberculose.

Docteur MARINET (Valence).
Ancien assistant du sanatorium Mangini, d'Hauteville.

***

Nous avons reçu, d'autre part, sur cette intéressante question, la note ci-après du Docteur Bouchacourt, radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris (N. D. L. R.).

Je lis dans l'article du Docteur Baize (*Concours Médical* du 21 décembre 1941) que les examens radioscopiques pour les enfants des écoles (dépistage de la tuberculose) se font à la cadence de 100 examens à l'heure et qu'il est question de les porter à 150. Or, mon expérience de quinze années dans les dispensaires d'OPHS de trois arrondissements de Paris m'a convaincu qu'il était impossible d'examiner *convenablement* plus de 50 enfants à l'heure. Rien n'est plus trompeur à mon avis que ces « coups d'écran », surtout quand ils sont donnés par des médecins non spécialisés. Les renseignements ainsi donnés ne signifient pratiquement rien.

Dr BOUCHACOURT.



L'ACTUALITÉ SCIENTIFIQUE

La Presse

Sur la production endogène de vitamine C chez l'homme

P. ROHMER et N. BEZSSONOFF envisagent cette question, en particulier chez les nourrissons. Un fait certain, c'est que la plupart des nourrissons — notamment ceux qui sont alimentés artificiellement — prospèrent malgré un apport incontestablement insuffisant de vitamine C, même avec des régimes privés de ce facteur (laits stérilisés, babeurre) ; le scorbut avéré est exceptionnel et ses formes frustes ainsi que les états dystrophiques dus à des hypovitaminoses C sont plutôt rares. Partant de ces faits cliniques, les auteurs démontrent que le nourrisson humain, bien portant et normalement constitué, dispose d'une quantité endogène qui, dans les conditions normales, suffit à ses besoins. Cette vitamine endogène ne provient pas d'une réserve qu'il aurait accumulée pendant la vie intra-utérine aux dépens de l'organisme maternel ; elle est produite par synthèse, le jeune organisme humain se comportant sous ce rapport comme celui d'un animal non carençable. La synthèse atteint son point culminant au quatrième mois fœtal ; elle est très active chez le prématuré et chez le nouveau-né, et reste encore suffisante vers le dixième mois. Chez l'enfant plus âgé, elle diminue considérablement et peut devenir négligeable. Cependant, dans certaines conditions pathologiques, ce pouvoir de synthèse peut devenir insuffisant, et celles-ci sont fréquentes chez le jeune enfant. (*La Presse médicale*, 6 décembre 1941).

Prophylaxie des Brucelloses

Le Docteur CAMBESSEDÈS rappelle que l'homme est beaucoup moins réceptif vis-à-vis des brucella de Bang de la vache que vis-à-vis des brucella melitensis des chèvres. La transmission humaine de la fièvre ondulante se fait par le lait et les produits laitiers ; l'eau ne semble jouer qu'un rôle assez faible.

Ce mode de contamination indirecte, jadis considéré comme le seul existant, ne serait en cause que dans les cas des villes et dans une proportion beaucoup moindre que la transmission plus ou moins directe par voie cutanée : le vétérinaire et le fermier se contaminent en délivrant la vache ; la même voie d'introduction existe pour les bouchers et les équarisseurs, qui puisent le virus dans le sang virulent.

Dans ces conditions, la lutte s'avère difficile contre une maladie sournoise atteignant l'homme par plusieurs des animaux domestiques avec lesquels il est en contact. Il faut avant tout éliminer les animaux malades, puis se défendre contre la contamination : faire bouillir le lait, désinfection les excreta des patients, et vaccination dans les professions menacées. (*L'Hygiène sociale*, octobre 1941).

Le traitement post-opératoire des empyèmes par le praticien

Le Professeur M. ERNST envisage le traitement à domicile des patients, une fois qu'ils ont quitté la clinique. En effet, il ne s'agit pas seulement d'éliminer le liquide purulent ; il faut encore lutter contre le déséquilibre mécanique, qui en est résulté dans la cage thoracique. Or, depuis que ces données ont été prises en considération, on a vu s'abaisser notablement la mortalité, qui oscillait jusqu'alors entre 50 et 60 %. C'est ici qu'intervient un rôle important pour le médecin traitant, car on ne peut maintenir l'hospitalisation jusqu'à la complète guérison anatomique et à la récupération complète de la faculté de travail.

Certes, les formations cicatricielles entraînent, durant un long temps, des douleurs réveillées par certains mouvements ou certaines positions ; on les fera disparaître par des applications répétées d'ondes courtes. Mais, comme l'empyème pleural n'est pas une affection autochtone, le plus souvent, il y a une participation pulmonaire ; aussi devra-t-on surveiller la toux, l'expectoration et la température, afin de déceler au plus tôt toute complication et notamment la persistance ou la reproduction d'un empyème résiduel ; celui-ci se manifeste, dès que la plaie tend à se cicatriser, par les signes précédemment énumérés. Si une nouvelle intervention libératrice n'intervient pas de bonne heure, on voit se constituer l'empyème chronique, qui, au bout de mois ou d'années, finit par épuiser les malades ; et pourtant ceux-ci avaient paru évoluer d'une manière rapide vers la guérison. Parfois encore, subsiste indéfiniment une fistule pleurale. Quand celle-ci intéresse uniquement la paroi, il faut redouter qu'elle soit entretenue par une ostéomyélite costale, qui nécessitera une nouvelle intervention du chirurgien. Il en sera de même pour une fistule reliée à l'empyème même.

Toutes ces complications ne comportent un pronostic favorable que si elles sont reconnues à temps par un médecin traitant attentif et vigilant, puis combattues par le spécialiste. (*Munch. Med. Wochens.*, 12 décembre 1941).

Les Sociétés Savantes

Paris

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Etude biochimique de l'action de la vitamine C sur la réparation des fractures osseuses expérimentales

(M. J. ROCHE et Mme R. MARTIN-POGGI. — Présentation par M. POLONOVSKI ; 6-1-1942)

Le scorbut, tant clinique qu'expérimental, comporte des troubles de l'ossification. Aussi, s'est-on préoccupé de rechercher si l'acide ascorbique pouvait jouer un rôle, par sa carence ou par son administration, dans la réparation des fractures. A la vérité, les opinions émises à ce sujet ont été divergentes et M. Roche et Mme Martin-Poggi ont jugé utile, dans ces conditions, de faire de nouvelles études expérimentales, sur le cobaye, cherchant à préciser l'action de la vitamine C sur les manifestations biochimiques caractérisant l'évolution des fractures.

Ils ont vu que la carence en vitamine C entraîne un trouble important de la consolidation osseuse, en provoquant une forte résorption des fragments et en gênant la formation du cal. Pour ce qui concerne l'utilisation thérapeutique de la vitamine C dans le traitement des fractures, elle n'apparaît pouvoir donner un bénéfice certain que chez les sujets en état d'hypovitaminose assez marquée. Elle ne serait efficace, d'autre part, que dans la période initiale de la réparation et on ne saurait en attendre une amélioration de la calcification proprement dite.

Note sur une prescription nécessaire conditionnant la salubrité des locaux d'habitation

(M. Pierre JOANNON ; 6-1-1942)

Un règlement sanitaire départemental du 1er avril 1937 précise que la hauteur de la façade sur rue des maisons ne peut être supérieure à la largeur de la voie, ni excéder vingt mètres. Ainsi sont préservés l'aération et l'ensoleillement de cette façade.

Le sort de l'autre façade, est moins assuré. Le règlement admet que, sur cour, la longueur des vues directes pourra n'égaler que la moitié de la hauteur des constructions faisant face aux baies. M. Joannon demande que, pour cette façade, la formule de rue soit respectée et que la longueur des vues directes égale la hauteur des murs limitant celles-ci. L'exiguité des cours, si fâcheuse au point de vue hygiénique, serait ainsi corrigée. Au moment où des villes vont être reconstruites, il était opportun d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur ce point.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos des tumeurs du sein

(M. AUVRAY ; 19-11-1941)

Pour faire suite à la communication de M. Hartmann sur les tumeurs du sein, M. Auvray fait connaître sa pratique personnelle dans les cas de tumeurs dites bénignes du sein. Il admet que toute nodosité du sein, si bénigne qu'elle semble être, doit toujours être enlevée et soumise à l'examen d'un histologiste compétent. En présence d'une petite tumeur nettement limitée, paraissant bien distincte du tissu glandulaire, mobile sur la glande, et chez un sujet jeune, il opère de façon limitée, se contente d'enlever soit l'adénome, soit le petit kyste, avec la portion adjacente de tissu mammaire, et il attend le résultat de l'examen histologique. Mais, lorsque la tumeur ne présente pas ces caractères de localisation très nette, d'isolement dans la glande, surtout si elle évolue chez un sujet qui n'est plus tout jeune et dans les antécédents duquel on relève du cancer, M. Auvray est de plus en plus porté à conseiller d'emblée l'ablation totale du sein. Le moins, en tout cas, que l'on puisse faire, est d'enlever largement le foyer suspect et d'en faire pratiquer l'examen histologique. Pour ce qui concerne la maladie kystique de Reclus, devant l'incertitude où l'on est de la véritable nature de cette affection et des suites qu'elle peut avoir, l'auteur pense qu'en pareil cas le sacrifice total de la mamelle est indiqué. Il estime, d'ailleurs, d'une façon générale, qu'il règne tant d'incertitude sur le diagnostic clinique et même histologique des tumeurs du sein qu'il est préférable d'étendre les indications de l'intervention large plutôt que de les restreindre.

Sur quatre cas de plaies pelviennes avec lésions viscérales

(M. Jean QUÉNU ; 19-11-1941)

Le traitement des plaies pelviennes avec lésions viscérales est un chapitre de thérapeutique chirurgicale sur lequel l'accord n'est pas encore complètement établi. De quatre cas observés par lui en juin 1940, M. Jean Quénu a dégagé la notion que les plaies du rectum et les plaies recto-vésicales, si elles ne sont pas rapidement mortelles, présentent une certaine tendance à la guérison spontanée. La mortalité immédiate des plaies rectales est, il est vrai, considérable : 16 morts sur 30 dans une statistique de Mocquot et Fey faite à l'auto-chir 5 en 1918.

P. L.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

❖ ❖ ❖

LES DUALITÉS D'HIPPOCRATE ET DE GALIEN

Il est proverbial que les deux pères de la médecine n'aient en commun que ce titre prestigieux et que dans leurs opinions s'accuse avec rigueur la divergence irrémédiable des deux branches d'un compas. Tel est le slogan par lequel se concrétise d'âge en âge la glorieuse incertitude de la médecine. La notion du vrai, en médecine, est aussi labile et discutable qu'est en général la notion du beau. C'est à quoi l'on reconnaît que la médecine est bien un art.

Engendrés par cette double paternité les médecins en gardent un penchant congénital pour le négativisme. Rien ne nous semble aussi désolant que d'être réduits à approuver et c'est peut-être en vertu de notre esprit d'opposition que nous sommes aussi brouillés avec l'arithmétique. Là est sûrement en tous cas la cause pour laquelle nous éprouvons tant de difficulté à nous constituer en un corps cohérent, solide, homogène. Ceux qui se sont donné à tâche d'y parvenir auront fort à faire : l'Ordre des médecins est jusqu'à présent essentiellement un ordre dispersé.

Notre directeur faisait allusion dans un récent article à la symptomatique correspondance que nous avait apportée une récente semaine. Une demi douzaine de lettres nous adressaient des remontrances plus ou moins véhémentes ; la moitié pour avoir manqué de déférence envers le Conseil supérieur et le Secrétariat à la santé, l'autre moitié pour avoir manqué de fermeté envers ces deux mêmes autorités. Hippocrate une fois de plus donnait le démenti à Galien. Simple épisode mais dont il vaut la peine qu'on s'explique puisque dans cette farce du répertoire nous jouons les dindons, et qu'il n'est du goût de personne de se laisser dindonner bénévolement.

***

Depuis dix-huit mois le Corps médical français est en rumeur et se livre à d'ardentes controverses. Il a raison car le sujet en vaut la peine. En fait, c'est son sort qui se joue puisqu'il s'agit, par la création d'organismes nouveaux, par le regroupement de ses membres, par l'élaboration de textes de lois de déterminer quelle sera sa condition dans la France nouvelle. A aucun moment de son histoire le Corps médical français n'a traversé une période aussi cruciale ; il faudrait qu'un médecin fût bien désabusé pour n'avoir pas pris la peine d'envisager les nombreuses questions en suspens. Comme il était de son devoir et dans ses traditions le *Concours Médical* les a toutes exposées à ses lecteurs dans l'esprit le plus large et avec le seul souci de défendre la profession contre toute emprise. Estimant que sur un point de doctrine toutes les opinions, pourvu qu'elles soient animées de bonne foi et inspirées par l'intérêt général, sont défendables, il lui est arrivé souvent de présenter des vues, contradictoires entre elles, de lecteurs. C'est souvent à la faveur d'objections que l'on réforme ou que l'on fortifie une première prise de position. Lui-même, chaque fois qu'il a cru pouvoir le faire avec discernement, s'est engagé : il a parlé sans réticence et sans égards pour les contingences de lieu ou de moment. Cela, j'espère, nul ne le contestera.

Mais voici que les passions se sont allumées, que des partis se sont constitués, comme naguère. Le danger d'adhérer à un parti c'est que l'on perd aussitôt la possession de soi-même ; on se trouve soudain des alliés indésirables dont ne vous rapproche qu'une aversion commune ; on se trouve un beau jour séparé par un malentendu d'hommes en tous points honorables et sympathiques. Ce sont les partis, c'est-à-dire les questions de personnes, qui instillent du venin dans les luttes d'opinions.

Or de quoi s'agit-il ?

D'établir un statut nouveau pour une ambiance nouvelle. L'ambiance est en train de se créer, le statut est en voie de constitution et sur ces éléments flottants les inimitiés se déchaînent. N'est-ce pas un comble ? ne peut-on essayer de se ressaisir et de réintroduire un peu de sang-froid dans la discussion ?

Il y a les partisans du Ministère de la Santé et du Conseil supérieur de l'Ordre ; et il y a les adversaires. Nous sommes, nous, les partisans de tout ce qui sert les médecins, et les adversaires de tout ce qui les affaiblit. Tel est notre critérium dans toute alternative. Est-il mauvais ?

***

A la lumière de ce critérium, oui ! nous avons (mais sans pour cela lui « manquer de déférence ») contesté la qualité de certains textes émanant du Ministère de la Santé, de certaines aussi de ses décisions.

La loi instituant l'Ordre des médecins était floue et laissait place à des équivoques. Nous l'avons dit : c'était notre rôle. Nous lui avons reproché de ne pas avoir tracé de façon assez précise la procédure d'inscription au tableau, de ne pas avoir pourvu les décisions disciplinaires des Conseils de moyens de coercition. C'est le même reproche de manquer de précision que nous avons adressé à la loi du 2 avril abrogeant le décret du 20 mai. Nous avons vu sans enthousiasme apparaître les directeurs régionaux de la Santé et l'énumération des pouvoirs qui leur étaient dévolus nous a semblé présager

une déplorable tendance à instituer des proconsuls médicaux dont on pouvait tout craindre, surtout lorsqu'ils n'avaient comme titres techniques que d'être anciens préfets.

Nous avons publiquement dit notre regret que les « vieilles équipes » eussent été trop souvent reléguées et que leur compétence indiscutable manquât trop évidemment à la défense de la profession.

Des milliers de nos confrères, prisonniers de guerre, avaient à être défendus. Nous avons longuement et obstinément mis les dirigeants en face de leurs responsabilités et de leurs devoirs à cet égard.

L'Institut sanitaire des Assurances sociales ne pouvait pas être créé sans éveiller notre défiance, ni la menace d'un tarif maximum imposé aux médecins apparaître sans susciter notre réaction de défense.

Dans toutes ces circonstances nous avons dit sans aigreur mais aussi sans ambages notre désapprobation.

Mais, d'autre part, chaque fois que le Docteur Huard, parlant en médecin et non plus en ministre, a bien voulu nous donner quelques explications sur un texte, quelques apaisements sur ses projets ou ses intentions, nous les avons avec empressement portés à la connaissance du public médical. Ce n'est pas de polémique que nous sommes avides mais de bonne politique permettant une bonne médecine. Ce n'est pas parce que temporairement et à son corps défendant il est devenu ministre, qu'un médecin perd tout droit à la considération et au préjugé favorable de ses confrères. A condition qu'il ne joue pas avec trop d'ostentation au ministre (et c'est le cas) nous croyons que les médecins doivent avec une égale loyauté saluer ses réussites et marquer ses erreurs. Nous ne demandons qu'une chose : n'avoir que des succès et d'heureuses initiatives à inscrire à son compte. Mais tout le monde, et surtout ceux qui sont aux commandes, peut tirer parti d'une controverse. Nous avons l'espoir par nos désaveux même, d'avoir pu quelquefois leur être utiles. Et c'est là tout ce que nous désirions obtenir.

***

En ce qui concerne le Conseil supérieur de l'Ordre il y a une justice à nous rendre : nous lui avons, dès l'abord, ouvert le plus large crédit. Nous avons obstinément dit, redit et presque rabâché que la tâche était immense et qu'il fallait s'armer de patience. Tant et si bien que nos amis venaient nous dire « On commence à vous appeler les « à plat ventristes ». C'est la longue attente du Code de déontologie, ce sont ses imperfections manifestes, les retouches qu'il fallut y apporter, c'est le ton maladroit de certains ukases, ce sont certaines désignations peu justifiables, c'est la vive alerte à propos de la retraite, lorsque toutes les œuvres médicales préexistantes étaient menacées d'être froidement sacrifiées, par dessus tout c'est le confinement où se complut le Conseil supérieur qui peu à peu fit monter l'impatience et suscita les critiques. Elles ont, en quelques endroits, pris l'allure acrimonieuse de luttes partisanes et même de rivalités de personnes. Nous avons nous-mêmes à nous plaindre de certaines hostilités personnelles, au demeurant plus irritantes que dommageables. Mais encore une fois de quoi s'agissait-il ? De préparer notre avenir ou de faire prévaloir certaines petites rancunes, certaines mesquines revanches ? Il nous a peut-être échappé quelques mots de mauvaise humeur. Mais en définitive nous pensions et nous pensons encore que le Conseil supérieur avait surtout besoin d'être informé de ce qui se passait à l'extérieur. Et nous avons estimé qu'étant mieux à même que quiconque de le faire nous devions le faire. Il nous est arrivé plus d'une fois de transmettre au Conseil supérieur la lettre d'un lecteur exposant un fait important ou un point de vue intéressant.

Nous pensions aussi, et nous pensons encore, que le Conseil supérieur, s'il avait à être informé, avait aussi à nous informer. Et nous lui avons aussi souvent que nous avons cru pouvoir le faire demandé des informations pour nos lecteurs. Nous les avons même provoquées avec une insistance qu'on appelait presqu'ouvertement de l'indiscrétion. Nous ne cherchions cependant pas l'information sensationnelle à la façon des quotidiens politiques mais entre dirigeants et dirigés une compréhension mutuelle. Ira-t-on nous le reprocher ?

Par contre lorsque nous découvrons que le Conseil supérieur a fait en faveur des prisonniers une campagne tenace, difficile, semée d'embûches que les non-initiés n'aperçoivent pas et a obtenu, sinon les résultats que nous espérions, du moins quelque chose de substantiel, lorsque nous découvrons qu'il a spontanément et sans délai rejoint l'intervention du Docteur Huard contre les innovations vexatoires du fisc, et surtout lorsque, par la bouche de son président, il annonce l'intention de coopérer avec les Conseils départementaux et, par le truchement de ceux-ci, avec l'ensemble des praticiens, il faudrait être bien hargneux et bien ancré dans son parti-pris pour ne pas le complimenter. Pour reprendre le mot du Professeur Leriche prendrons-nous les membres du Conseil supérieur pour des imbéciles en tout inférieurs à leurs adversaires ?

Ainsi nous arrive-t-il tantôt d'abonder dans le sens d'Hippocrate et tantôt de nous rallier à Galien selon que, à notre avis, c'est d'un côté ou de l'autre que va l'intérêt supérieur de la profession.

Le jour où l'on pourra nous convaincre d'avoir sciemment ou par un aveuglement coupable trompé nos confrères qu'alors les reproches et les invectives pleuvent sur nous.

Nous avons conscience de n'avoir rien mérité de tel jusqu'à présent.

Que dans l'avenir nous sachions toujours trouver notre route telle que la voici définie. Que nos lecteurs nous y aident de leurs suggestions et, à l'occasion, de leurs critiques, tel est notre souhait.

G. Lavalée.

ASSURANCES SOCIALES

❖ ❖ ❖

L'INSTITUT NATIONAL D'ACTION SANITAIRE

Parmi les réformes récentes de l'assurance-maladie, l'Institut national d'action sanitaire fut certainement la plus mal accueillie. Le texte initial de la loi du 18 novembre justifiait, on doit le dire, un tel accueil et nous avons tenu à dire parmi les premiers, l'inquiétude et le malaise qu'il ne pouvait manquer de provoquer dans le Corps médical.

Nos critiques n'étaient point au reste restées sans échos. Elles portaient sur deux points principaux : le contrôle de la Santé publique sur l'activité de l'Institut paraissait se borner comme autrefois au simple domaine de l'organisation technique interne des établissements de soins, alors que le danger était leur création surabondante et inopportune. Cette première impression était renforcée par la lecture du rapport préliminaire, signé du seul Secrétaire d'Etat au Travail, qui reflétait uniquement la thèse des Caisses et de leurs Unions.

Sur le premier point, le Docteur Serge Huard avait bien voulu nous faire connaître qu'il se faisait de son droit de contrôle une idée beaucoup plus large que la nôtre et qu'il entendait en user en limitant l'activité des œuvres des Caisses à la lutte contre les grands fléaux sociaux. Cette déclaration apaisante ne nous avait point totalement satisfaits, car nous regrettions qu'elle ne soit pas suffisamment inscrite dans les textes.

Sur le second point par contre, un rectificatif paru au *Journal officiel* du 15 janvier apportait sur l'esprit de la loi toutes les précisions désirables en rappelant que si le domaine social relevait du Travail, le domaine technique appartenait à la Santé, qui entendait faire respecter l'unité de ses vues et de ses plans. Pour marquer sa prééminence, la Santé obtenait le droit de désigner purement et simplement le Directeur de l'Institut.

Ces compléments, peut-être mal connus, n'avaient point suffi cependant à rétablir le calme dans les esprits, et le cahier de desiderata présenté par le Conseil de la Gironde auquel la majorité des Conseils de la zone occupée s'est ralliée le 25 janvier dernier, demandait la suppression de l'Institut national d'action sanitaire, et l'organisation de la médecine préventive par l'initiative de la Corporation sanitaire sous le contrôle de l'Etat (1).

Pour compléter objectivement le tableau, nous ferons mention de la réaction des Caisses inquiètes des tendances centralisatrices de la loi du 18 novembre, et désireuses de voir l'activité de l'Institut limitée aux seules œuvres d'intérêt national d'action sanitaire (1). Mais le malheur des uns ne fait pas le bonheur des autres.

Nous en étions là lorsque la parution respectivement les 3, 18 et 24 février, de trois arrêtés prévus par le texte légal, fixant la composition et les attributions du Comité technique et du Conseil d'administration, et nommant les membres du Comité technique, sont venus donner à l'ébauche primitive une figure moins floue. Nous pouvons donc rechercher maintenant ce qu'on peut attendre de ce nouvel organisme.

L'organisation actuelle de l'Institut

Le but de l'Institut est d'*organiser la lutte contre les grands fléaux sociaux* et de contribuer à *toute œuvre de prévention ou de soins* en faveur des travailleurs (art. 3).

Les modalités de son action sont de trois sortes :

— *la coordination* de l'action sanitaire des Caisses sous l'autorité du Travail et le contrôle technique de la Santé, que cette action soit d'intérêt local, régional ou national (art. 4, parag. 1) ;

— *la gestion directe* des établissements d'hygiène sociale de prévention, de cure et de repos d'*intérêt national* en coopérant ainsi à l'équipement sanitaire du pays, l'agrément technique de la Santé étant en tous cas exigé (art. 4, parag. 2) ;

— *la reprise*, dans un délai de six mois, des établissements d'hygiène, de prévention ou de cure d'*intérêt national*, cette faculté ne pouvant être exercée au reste *que par le Travail* (art. 8).

Les moyens financiers sont importants. Ils comportent :

— une dotation *initiale* comprenant la quasi-totalité des *bonis des Caisses* au 31 décembre 1940 (art. 9) ;

— des revenus *permanents* sous forme d'un prélèvement sur les cotisations d'Assurances sociales (en outre des produits de l'exploitation des œuvres gérées par l'Institut) (art. 9).

Quels sont les organes chargés d'exercer cette

(1) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 janvier 1942.

(1) *Actualité sociale*, décembre 1941.

action et d'user de ces moyens ? L'Institut en comporte deux : le Conseil d'administration et le Comité technique :

1° *Le Conseil d'administration.* Il comporte dix-neuf membres, dont trois représentent la Santé, et le Président du Comité technique. Les autres membres, représentant le Travail ou les Unions régionales. Il règle toutes les affaires concernant la gestion des établissements de l'Institut et de son patrimoine. Ses décisions ne sont exécutoires, pour tout acte dépassant la simple administration (acquisitions immobilières, constructions, prises à bail, aménagement etc...), qu'après autorisation du Secrétaire d'Etat au Travail. Lorsque ces opérations concernent des *établissements de cure ou de prévention*, elles sont subordonnées à *l'agrément technique du Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé*, conformément à l'art. 5 de la loi du 29 mai 1941. Le Conseil délègue une partie de ses pouvoirs à un *Comité de direction.* Un *directeur*, nommé par la Santé, assure sous son contrôle le fonctionnement de l'Institut ;

2° Le *Comité technique* comprend quinze membres, dont neuf sont choisis par la Santé, cinq par le Travail, et un pris parmi les médecins des organismes d'Assurances sociales. Nous relevons parmi les nominations qui viennent d'être faites, les noms de M. le Professeur Parisot, de la Faculté de Nancy, M. le Professeur Codvelle, directeur de la Santé, M. le Professeur Gernez-Rieux, de la Faculté de Lille, le Docteur Sorrel, chirurgien des hôpitaux, le Docteur Barthe et le Docteur Durand, membres du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, le Docteur Gros, vice-régent de la fondation Carrel, le Docteur Bernier, médecin inspecteur de la Caisse interdépartementale de Seine et Seine-et-Oise.

Le rôle du Comité technique est d'*assister le Conseil d'administration* de l'Institut pour toutes les *questions de politique sanitaire* et de s'assurer de l'*intégration de ses réalisations dans le plan d'équipement sanitaire* établi par la Santé en matière d'établissements de soins et de prévention.

A cette fin « toute acquisition, construction, prise en charge, aménagement ou aliénation par l'Institut d'un établissement de soins ou de prévention est *subordonné à un avis conforme* du Comité technique. Cet avis porte notamment sur l'*opportunité de l'opération au point de vue de la politique sanitaire du Gouvernement...* » Sont subordonnées de même à l'avis conforme du Comité technique l'*autorisation d'ouverture* d'un établissement de soins ou de prévention, ainsi que *toute nomination, mutation, révocation* de médecins, chirurgiens spécialistes des établissements de soins de l'Institut.

Critique de l'organisation actuelle

Du texte qui précède et qui est signé tant du Travail que de la Santé, une première impression se dégage : le sens de l'agrément technique dont le texte légal fait mention est définitivement précisé. Contrairement à la jurisprudence antérieure ce contrôle ne portera pas seulement sur l'organisation technique mais encore et surtout sur l'*opportunité* même de l'établissement envisagé. C'est là un point d'une grande importance, que nous marquons à l'actif de la Santé.

Cet actif reste malheureusement contrebalancé par un passif encore lourd.

En lisant l'arrêté relatif au Conseil d'administration de l'Institut, on reste frappé d'un manque total de liaison avec l'arrêté concernant le Comité technique. Aucune mention n'est faite du rôle de ce Comité. L'agrément technique lorsqu'il est exigé, est celui du Secrétariat à la Santé, et l'on se réfère pour cela non pas à la loi du 18 novembre, mais à la loi du 29 mai 1941 (art. 5 relatif à l'assurance-maladie). Il ne peut certes exister de dualité entre la Santé et le Comité technique qui est à peu de chose près sa créature. Mais alors ce fameux comité n'apparaît plus que comme un Conseil du Secrétariat d'Etat et non plus comme l'un des rouages essentiels de l'Institut. Il y a là un défaut d'engrenage qui fait craindre pour l'avenir un mauvais fonctionnement du moteur.

Par ailleurs, notre Comité technique, organe d'articulation entre la médecine et le Travail, *ne comporte de droit aucun représentant de l'Ordre des médecins.* Certes, M. Serge Huard a pris soin de désigner deux membres du Conseil supérieur de l'Ordre. Mais ils sont pris à titre personnel, non point es-qualité, et rien n'obligera dans l'avenir le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé à les y maintenir. C'est là faire vraiment peu de cas du seul organisme corporatif légal de la médecine.

D'autre part, le *domaine d'action de* l'Institut est loin d'être aussi étendu qu'il le paraît. Beaucoup de fissures existent qui risquent fort de rompre l'unité de ce fameux plan sanitaire dont la Santé se fait le défenseur.

— *Ratione materiæ.* La loi du 18 novembre fait mention des établissements d'hygiène sociale de prévention, de *cure* et de repos. Les cliniques, dispensaires et établissements de *soins* n'y sont pas compris, à moins de confondre cure et soins, confusion dont la validité est discutable. En effet, l'ancien article 6, parag. 14, du décret-loi sur les Assurances sociales parlait simultanément

de dispensaires, de cliniques, d'établissements de cure et de prévention, l'art. 5 de la loi du 29 mai réformant l'assurance-maladie fait mention des établissements distribuant des soins ou participant au diagnostic, au traitement ou à la cure d'assurés sociaux. Si ces textes distinguent établissements de soins, établissements de cure, dispensaires et centres de diagnostic, c'est que ces divers termes ne sont pas synonymes. Les deux arrêtés relatifs respectivement au Conseil d'administration, et au Comité technique, n'emploient pas la même terminologie, l'un parlant de cure, l'autre de soins. Différence de terminologie regrettable qui peut cacher une différence de conception. En particulier, les centres de diagnostic relèvent-ils ou non de l'Institut ?

A tout bien réfléchir, il y a de fortes raisons d'entendre par *cure*, les cures climatiques thermales, etc., et non point les soins — le domaine de l'Institut et par suite ses dangers se trouveraient ainsi fortement limités. Les établissements de *diagnostic* et de *soins* relèveraient du seul art. 5 de la loi du 29 mai dont l'esprit est fort différent de celui qui anime la loi du 18 novembre. Mais on eut aimé que cette importante question ait été mieux précisée.

— *Ratione loci.* — Il ressort nettement de la loi du 18 novembre que le pouvoir de gestion directe et de reprise de l'Institut est limité aux *établissements d'intérêt national.* Par contre, les créations des Caisses d'intérêt *local ou régional* ne sont soumises qu'au très vague pouvoir de coordination générale de l'Institut, dont aucun texte n'a fixé la forme ou l'étendue. Or, ce sont peut-être ces œuvres locales qui ont pullulé de la manière la plus anarchique pour le plus grand dommage du Corps médical local. Dans le cercle local, les Conseils de l'Ordre ne jouissent même pas des pouvoirs limités des anciens syndicats, et leur carence n'est remplacée que par une coordination lointaine, un contrôle centralisateur contraire à la notion maintes fois affirmée de régionalisation. Pour le présent, cette activité créatrice va se trouver limitée par la confiscation des biens au profit de l'Institut. Pour le futur, les bonis seront libres de se reconstituer, leur utilisation ne subira que le contrôle prévu par l'art. 5 de la loi du 29 mai qui est indépendant de la loi sur l'Institut sanitaire et peut, reconnaissons-le, constituer un frein puissant. Pour le passé, il n'y a rien de fait.

En dernier lieu, la *reprise* par l'Institut des œuvres d'intérêt national déjà existantes, loin d'être systématiquement organisée, constitue seulement une *faculté pour le Travail.* La Santé n'a point de conseil ou d'avis à donner en cette matière. Le Conseil d'administration de l'Institut a seul besoin d'être consulté. Encore une fois, le législateur n'a bâti que pour un lointain avenir, quand les tâches sont à la vérité immédiates et urgentes.

Conclusions

Quittons le domaine de l'organisation technique, et tentons maintenant le procès de l'institution elle-même. Certains commentaires officiels, lors de la Conférence de Marseille, ont comparé la loi sur l'Institut à la loi sur les Congrégations. Un Etat dans l'Etat se formait, la puissance publique l'a replacé sous son contrôle, c'est elle qui triomphe et non l'inverse. Là encore « comparaison n'est pas raison ».

Si les ressemblances sautent aux yeux, marquons les différences. La loi du 1er juillet 1901 a eu pour objet la dissolution des congrégations religieuses qui, malgré d'anciennes prohibitions, s'étaient accrues en nombre et en puissance. L'Institut quant à lui, légalise, officialise le passé et contrôle partiellement l'avenir. Nous posons la question : à qui devait-on destiner le traitement le plus rigoureux, à ces associations privées, aspect social du fait religieux, faisant partie comme tel du domaine des fins, ou bien à ces organismes dont le développement de puissance n'est pas un but en soi, mais le simple moyen d'assurer un service *public* et qui sont indûment sortis du domaine de leur spécialité ? Loin d'être comparable à son ancêtre de 1901, la loi du 18 novembre n'est en dernière analyse que *le moins mauvais des compromis.*

Si l'Etat, expression de la puissance publique, avait voulu reprendre intégralement son empire, il eut dû exiger un total contrôle, dans le temps comme dans l'espace, et respectant la hiérarchie des fins, donner à la Santé l'administration, laissant au Travail, aux Caisses les conseils.

Si l'Etat d'essence corporative avait voulu enfin réaliser sa doctrine, il eut dû transmettre à la communauté médicale, pour qu'elle l'exerce sous son contrôle, le pouvoir qu'il avait repris.

Certes nous n'ignorons pas que cette communauté n'existe encore qu'à l'état fragmentaire. La Santé et le Corps médical s'unissent temporairement en la personne du Docteur Huard dont les intentions sont pures. Mais la permanence des textes l'emporte, aujourd'hui encore, sur celle des hommes, et l'Institut sanitaire pourrait en d'autres mains être une arme mortelle contre la médecine libérale.

Nous ne pouvons donc y voir qu'une institution temporaire, de transition, devant céder le pas à la Corporation future, à une Corporation déjà conçue, mais pas encore à terme, dont il est important de ne point laisser prescrire les droits. Et nous souhaiterons enfin que les gardiens actuels du Corps médical se pénètrent de cette maxime de notre vieux droit français : *Infans conceptus pro nato habetur, quoties de commodis ejus agitur.*

Jean MIGNON.

MOUVEMENT SANITAIRE ET PROFESSIONNEL

UN LIVRE, UNE DOCTRINE, UN PROJET

(Suite)

Nous voici donc au « Carrefour » : « Médecine individualiste ou médecine fonctionnarisée ? L'auteur s'adresse au malade : « L'essentiel est donc que ton médecin et toi, vous soyiez pécuniairement indépendants. Combien vous serez plus à l'aise l'un avec l'autre, lorsque le mur d'argent ne vous séparera plus ».

« Tu craindras qu'il te délaisse et de mourir faute de soins ? Son confrère et ami sera là pour te rassurer puisque tu auras à ta disposition « l'équipe médicale ». S'il te semble qu'on te néglige, tu demanderas l'avis du maître de l'équipe, le contrôle du plus instruit techniquement. Peu à peu d'ailleurs, ce ne sera pas *ton* médecin que tu connaîtras, en qui tu auras confiance. Ce seront *tes* médecins et lorsque l'un d'eux prendra un légitime repos, sera mis à la retraite ou mourra, tu ne seras plus désemparé : les autres seront là. Il n'y aura plus de lacunes, de tournants brusques dans la continuité des soins qui te seront donnés ». « La sélection de ceux qui composeront l'équipe médicale ne sera plus seulement basée sur des examens prouvant des connaissances techniques. Il y aura à la base une sélection psycho-morale et ainsi ceux qui seront appelés à te soigner ne seront pas seulement les plus habiles techniciens, mais aussi les plus aptes psychologiquemeut, les plus dignes moralement ».

« L'organisation nouvelle des centres de diagnostic... doit te permettre le même tête-à-tête que dans le cabinet médical, tête-à-tête avec l'équipe, bien entendu. »

« C'est au travail, dans le milieu économique, que doit être établie une organisation de médecine préventive.

« La Santé publique doit être l'œuvre de tous ». « La santé ne s'achète pas chez le pharmacien ». Elle se mérite par un effort constant de toute la vie. Effort pour éviter les causes d'usure de la machine humaine, les intoxications, etc...

« La vraie médecine, la médecine de la vie, est dans tout ». Tous les actes de la vie d'un individu, la façon dont il s'alimente, dont il se vêt, dont il se loge, dont il se distrait ont de l'importance pour sa santé physique et psychique... Toutes les réalisations collectives pour les âges successifs de l'homme ont un retentissement sanitaire. Il en est ainsi de la vie de l'enfant à la crèche, au jardin d'enfant, à l'école. Il en est de même de la vie de l'adulte à l'atelier, au stade sportif, au cinéma, au concert, au théâtre, à l'exposition de peinture ».

« C'est essentiellement à la collectivité qu'il appartient d'éduquer les individus, de leur tisser tout au long de leur vie le réseau protecteur qui garantira la santé de leur corps et le développement harmonieux de leur âme ».

« L'œuvre sanitaire ne peut s'épanouir que par le consentement des collectivités humaines, chaque homme devenant sous la direction des pionniers sanitaires, l'ouvrier de sa propre santé, l'ouvrier responsable de la santé des autres ».

« La Science médicale doit viser l'harmonie de l'homme total ». « Il serait humainement précieux de connaître à fond l'homme sain, puis de maintenir la santé, redresser ses moindres déviations, guérir, triple manifestation de l'idée directrice unique ».

« Le médecin moderne n'est pas préparé à ce rôle. L'instruction qu'il a reçue est insuffisante, et mal équilibrée, trop lacunaire, trop indigente dans certaines de ses parties, alors que d'autres comportent des précisions superflues ».

« Il faut soigner l'homme total. Seul le travail en équipe peut le permettre, l'équipe appelant l'entr'aide mutuelle d'un groupe de médecins et de sa série de spécialistes. C'est sur la frontière de la santé et de la maladie que doit se tenir l'esprit médical en éveil. Ainsi sera créée une *médecine précurative*. Seule une médecine socialement organisée peut développer la science de la santé. Cette science de la vie ne pourrait prospérer sur le terrain de la médecine individualiste, car celle-ci n'a pas accès près de l'homme. C'est seulement le malade qui vient à elle quand bon lui semble ».

« Ce n'est que dans une Société collectivement organisée où l'homme est lié à la Société, mais où la Société est au service de l'homme, que le médecin peut accéder à l'homme. Il lui faut pour cela l'institution d'examens sanitaires périodiques, obligatoires, gratuits, liés aux mœurs, aux coutumes de la Société. Il lui faut la gratuité de la médecine, fonction sociale. Sans ces points essentiels, toute médecine intelligente est impossible ».

Et voici « *La médecine organisée* : Sous ce nom, viennent se grouper les bases doctrinales de la médecine qui naît et les principes de l'organisation technique qui en découle.

Les points de la doctrine :

1° La santé est un bien essentiel, la condition première de toute réalisation humaine ;

2° La santé se caractérise par l'accomplissement régulier des fonctions vitales de l'individu,

dans les domaines physique et psychique harmonieusement équilibrés ;

3° La santé de l'espèce a pour condition première et pour fin dernière la santé des individus ;

4° Le développement singulier et accordé des races doit s'accomplir en sympathie avec celui des individus dont il résulte et celui de l'espèce qu'il conditionne ;

5° La conservation et le rétablissement continuel de la santé doivent être mis à la portée de tous les hommes ;

6° C'est à la collectivité qu'incombe la mission d'assurer la santé de chaque homme. Elle peut être amenée dans ce but à brimer l'individu, mais elle devra toujours respecter la personne humaine;

7° La médecine doit devenir la science de la santé. Elle a le devoir de soigner les malades, mais son but primordial doit être de conserver l'homme en vie et en santé dans son individu et dans son milieu social, dans son corps et dans son esprit.

Principes de l'organisation technique

1° La science médicale orientera ses recherches vers des buts moins purement spéculatifs et plus directement humains, dans le sens de la préservation humaine ;

2° La lutte pour la santé sera menée par tous, en imbrication avec les autres formes de l'activité humaine ;

3° Les méthodes des réalisations sanitaires ne devront pas être imposées brutalement, mais pénétrer insensiblement les mœurs et les coutumes de la Société nouvelle. Elles ne devront pas se condenser en un principe protecteur obsédant mais s'intégrer aux conditions mêmes de la vie des Sociétés ;

4° La médecine organisée ne pourra être réalisée qu'à la faveur d'une économie socialisée ;

5° La recherche scientifique et la pratique qui, en médecine plus que dans toute autre science, sont profondément dépendantes et unies, auront leur existence et celle de leurs travailleurs assurées par la collectivité ;

6° Chaque groupe humain, sur le plan professionnel, sur le plan éducatif, sur le plan des loisirs, sur le plan de la vie sociale, devra prévoir et organiser les services sanitaires capables de maintenir la santé physique et psychique, de corriger sa moindre déviation, de soigner les maladies non encore évitables. La cohésion entre ces différents services s'établira sur le plan régional

7° Dans ce cadre nettement défini, chaque médecin, chaque sanitaire aura sa tâche bien prévue à laquelle ne pourra venir s'ajouter aucune besogne parasite ;

8° Au travail isolé des sanitaires en régime individualiste, on s'efforcera de substituer le travail « en équipe » ;

9° La proportion des auxiliaires médicaux sera augmentée. En libérant le médecin des besognes paramédicales, on lui permettra d'élever sa culture et d'acquérir l'expérience médicale approfondie indispensable à la pratique de son art ;

10° La sélection des médecins, leur formation et leur perfectionnement seront orientés dans le sens de la médecine organisée et imprégnés de la notion de service social indispensable à l'accomplissement de leur tâche ;

11° La pharmacie cessera d'être un commerce pour devenir un service collectif. Elle sera conçue surtout comme la mise au service de la médecine des sciences chimiques et biologiques ;

12° L'usine pharmaceutique sera utilisée de façon rationnelle, grâce à l'extension du Codex pharmaceutique et au fonctionnement de sa Commission permanente, entraînant ainsi la suppression des spécialités pharmaceutiques ;

13° Une part plus grande sera accordée aux auxiliaires pharmaceutiques dans la vente pure et simple des médicaments préparés à l'usine. Ils seront chargés également de la confection des préparations galéniques sous la direction des pharmaciens ;

14° L'art vétérinaire aura deux pôles d'orientation. Pour la plus grande part de son activité, il sera incorporé aux services d'hygiène et aux services alimentaires du plan médical. Par ailleurs, il sera chargé des soins désintéressés aux animaux que l'homme protège sans les consacrer directement à son usage personnel ;

15° Les travailleurs sanitaires ne seront pas payés à l'acte professionnel, mais recevront une large rémunération globale ;

16° Ils ne seront pas sous la dépendance du pouvoir central et de ses fluctuations. A celui-ci appartiendront la création, la répartition et la coordination des postes. Au Syndicat des sanitaires, en collaboration avec les Syndicats d'usagers, reviendra l'affectation de ses membres à leurs postes, en tenant compte de leurs aptitudes et de leurs préférences. C'est lui qui assurera la stabilité des médecins dans leurs fonctions.

Médecine organisée et médecine fonctionnarisée

« Prévoyant dès maintenant l'objection fatale : « Votre médecine organisée n'est qu'une fonctionnarisation », j'ai tenu, au risque de répétitions multiples, à mettre ici en relief les différences entre la médecine fonctionnarisée telle qu'elle risque de s'échafauder et la médecine organisée.

« Comme la médecine fonctionnarisée, la médecine organisée résulte de l'action locale de groupes humains, sous la conduite générale d'une collectivité plus étendue, qui coordonne leurs efforts. Dans l'une comme dans l'autre, le médecin et ses auxiliaires sont rémunérés par le tiers payant, et non par le malade, globalement

et non à l'acte médical. J'ai montré la nécessité morale d'une telle transformation. Là se borne la ressemblance, mais :

1° Tandis que la fonctionnarisation médicale se fait anarchiquement, par la création au petit bonheur de postes médicaux, suivant le bon plaisir et les disponibilités financières des collectivités, l'organisation médicale sera effectuée suivant un ordre prévu, en visant des buts déterminés et conformément à une idée directrice donnée ;

2° Le médecin sera tenu de se consacrer uniquement à sa fonction. Il ne lui sera pas possible de négliger celle-ci pour satisfaire une clientèle exigeante ;

3° La sélection et la préparation des sanitaires conformément au plan en fera une élite imprégnée du sens de service social ;

4° En médecine organisée, le médecin sera inamovible, ne pourra être destitué de son poste par voie administrative ;

5° Le médecin sera fixe à son poste, restera toute sa vie attaché à la même population. Il ne sera pas soumis aux déplacements et aux tribulations inséparables de l'état de fonctionnaire ;

6° A la quasi-irresponsabilité du fonctionnaire, la médecine organisée substituera la responsabilité du médecin, *responsabilité professionnelle et humaine*, compte tenu, bien entendu, du difficile et de l'impossible, qui sont l'essence même de l'art médical ;

7° Le médecin fonctionnaire est isolé à son poste. La médecine organisée apportera au médecin et au malade l'avantage considérable du travail *en équipe* :

8° La médecine fonctionnarisée supprime le libre choix. La médecine organisée étendra le *libre choix* ;

9° Enfin, à la rigidité et à l'uniformité de la fonctionnarisation, la médecine organisée opposera une souplesse qui lui permettra de s'adapter à toutes les formes de collectivités dans le cadre urbain, dans le cadre rural, dans le cadre colonial ».

Nous croyons avoir donné, dans ces lignes, une idée suffisante du livre du Docteur Armand Vincent, du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, qui dit lui-même qu'il ne s'agit là que d'un projet, mais sachons que de tous les projets mis dans le même creuset sortira peut-être un jour la médecine de demain.

G. BOYÉ.

LETTRE OUVERTE A MM. LES MEMBRES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Messieurs et honorés confrères,

J'ai l'honneur de venir solliciter de votre haute autorité, et de votre bienveillance, une *action* en faveur de ceux de nos confrères qui ont l'occasion de soigner les « Accidentés du travail », c'est-à-dire — en plus des chirurgiens et des spécialistes — de la majorité des médecins praticiens français quand il s'agit de ce qu'on appelle « les petits accidents ».

A ce sujet, ces confrères se plaignent, avec raison, de la modicité des prix de ce tarif, en général, et, par exemple, en particulier, de ceux concernant la consultation, la visite, les indemnités de déplacement, etc... Ce sont là « des prix ridiculement bas », m'est-il répété inlassablement dans les nombreuses lettres que je reçois à ce sujet, à côté des prix ordinaires quand il s'agit des assurés sociaux ou même, dans certains départements, des bénéficiaires de l'Assistance médicale gratuite.

Rappellerais-je quelques-unes de ces tarifications en matière d'accidents du travail :

Consultation avec ou sans pansement	17 francs
Visite dans la localité : à Paris et très grandes villes	21 francs
En province	19 francs
En campagne	18 francs

Indemnité de déplacement en dehors de la localité : en pays de plaine 1 fr. 50 du kilomètre, ce qui est incompatible, indéniablement, avec le prix actuel de l'essence...

Je viens de donner ici quelques prix, ceux qui se présentent le plus souvent, mais, en pratique, il en est de même pour presque tous ceux du tarif, qu'il s'agisse de chirurgie ou de spécialité. J'ai pensé, en réalité, qu'il y avait lieu d'attirer seulement votre attention sur ce point particulier, alors que tant de problèmes vous assaillent à la fois et que vous serez les premiers, j'ose l'espérer, à approuver mon initiative.

Pourquoi l'ai-je ainsi prise ? Bien simplement parce que, m'occupant depuis plus de 30 ans de ces questions de tarification et principalement en matière d'accidents du travail, ayant été mêlé à toutes les révisions de ce tarif, président-médecin enfin de la Commission d'arbitrage entre assureurs et médecins au sujet des notes médicales et pharmaceutiques, j'ai reçu de très nombreux confrères des lettres fort pressantes me demandant de prendre précisément une telle initiative.

Je pense fermement, Messieurs et honorés confrères, qu'elles vous apparaîtront également légitimes, que vous les approuverez pleinement et que — étant plus que quiconque qualifiés à ce sujet — une action de votre part, en faveur d'une *révision du tarif des soins aux accidentés du travail* ne peut manquer d'aboutir, avec l'appui de votre haute et légitime autorité.

C'est dans cet espoir, Messieurs et honorés confrères, que je vous prie d'agréer l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr Fernand DECOURT.

Inspection de la Santé

Par arrêtés en date du 3 février 1942 :

M. le Docteur Julié, médecin-inspecteur adjoint de la Santé des Alpes-Maritimes, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé de la Gironde.

M. le Docteur Rouchon, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Haute-Garonne, est chargé des fonctions de médecin inspecteur de la Santé des Hautes-Pyrénées.

M. le Docteur Prades, médecin inspecteur adjoint de la Santé de la Lozère, est nommé médecin inspecteur adjoint de la Santé du Cher, en résidence à Saint-Amand.

Par arrêté en date du 18 février 1942, M. le Docteur Alcay, inspecteur de la Santé, précédemment admis à la retraite, est nommé médecin inspecteur honoraire de la Santé.

(*J. O.*, 25 février 1942).

Sanatoria publics

Avis de concours pour le recrutement de médecins adjoints des sanatoriums publics

Un concours est ouvert pour le recrutement des médecins adjoints des sanatoriums publics.

Les épreuves commenceront le 5 mai 1942. Elles auront lieu simultanément à Paris et dans des centres de la zone occupée qui seront désignés ultérieurement.

Le nombre des places mises au concours est fixé à six.

Les candidats qui, malgré leur échec à ce concours, auront cependant fourni des épreuves satisfaisantes, seront inscrits par les soins du jury sur une liste d'aptitude à l'emploi de médecin des dispensaires antituberculeux. (*J. O.*, 26 février 1942.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

LES SERVICES MÉDICO-SOCIAUX D'ENTREPRISES. — TEMPÊTE AUTOUR DES S. P. — INSPECTION MÉDICALE DU TRAVAIL. — UNE INTÉRESSANTE DÉCISION DE JURISPRUDENCE SUR LA RESPONSABILITÉ MÉDICALE EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL. — NOUVEAUX MEMBRES DES CONSEILS DE L'ORDRE.

Dans une recommandation du 1er juin 1940, le ministère du Travail avait préconisé la création d'un service médico-social dans chaque établissement industriel.

Ce service devait être assuré à temps complet par un ou plusieurs médecins dans les établissements occupant d'une façon habituelle plus de 2.000 salariés ; à mi-temps, dans ceux occupant de 500 à 2.000 salariés ou même plus de 100 salariés, lorsque les travaux effectués étaient particulièrement pénibles ou présentaient des dangers pour la santé des travailleurs.

Il était recommandé aux chefs d'entreprises de choisir pour remplir ces fonctions des médecins possédant des titres hospitaliers ou universitaires et ayant reçu une formation spéciale au point de vue médecine du travail, médecine sociale, petite chirurgie, hygiène et sécuri té du travail médecine légale.....

Le rôle de ces praticiens devait se cantonner à :

— Soins de premiers secours à tous blessés ou malades.

— Consultation à l'infirmerie de l'usine des travailleurs qui bien que blessés ou malades n'ont pas interrompu leur travail.

— Visite médicale d'embauche, examen d'aptitude professionnelle.

— Examen périodique des jeunes travailleurs ainsi que celui du personnel exposé aux maladies professionnelles.

— Surveillance de l'état des femmes enceintes, des travailleurs débiles ou âgés...

— Surveillance des conditions d'hygiène des locaux et des dépendances de l'établissement.

— Liaison avec les services sociaux et le Comité de sécurité de l'entreprise.

Les enquêtes faites par le ministère du Travai ont montré que les services médico-sociaux ainsi créés ont fonctionné à la satisfaction de tous et ont rendu de réels services.

Aussi le ministère du Travail a-t-il décidé de généraliser cette institution en transformant sa recommandation en une obligation légale.

Par une loi dont la promulgation est imminente, tous les chefs d'entreprises industrielles occupant un nombre déterminé de salariés vont se voir contraints de créer s'ils ne l'ont déjà fait, un service médico-social dans leur entreprise.

Il va s'en suivre un recrutement d'un minimum de 2.500 à 3.000 médecins d'usine soit à temps complet, soit à mi-temps.

Le problème de la pléthore trouve ainsi une solution immédiate.

***

La question des S. P. continue à alimenter les jalousies entre confrères.

« Pourquoi me le retire-t-on alors que X... le conserve ? »

« Je croyais que les spécialistes n'y avaient plus droit : or, Y... chirurgien en est encore pourvu ».

Et les victimes des récentes mesures de compression, de suspecter l'impartialité des Conseils départementaux.

Un moyen simple de faire taire les « mauvaises langues » consisterait à tenir publiques, les listes des bénéficiaires actuels des S. P. Chacun pourrait ainsi juger que les attributions ont été faites correctement.

Les Conseils départementaux pourraient-ils tenir compte de cette suggestion qui apaiserait maints esprits ?

***

Instituée par la loi du 31 octobre 1941, l'inspection médicale du travail a pour mission essentielle « de compléter l'action de l'inspection du travail en vue de l'application de la législation relative à l'hygiène du travail et à la protection de la santé des travailleurs ».

Il est prévu pour former les cadres de ce nouveau service, le recrutement de trois médecins inspecteurs généraux et d'un certain nombre d'inspecteurs et d'inspectrices du travail qui seraient affectés dans l'une des vingt circons-

criptions divisionnaires du travail, actuellement existantes.

Les médecins inspecteurs généraux sont engagés pour une durée indéterminée. Ils reçoivent une allocation annuelle moyenne de 80.000 fr. et d'un montant maximum de 100.000 fr.

Nous croyons savoir que leur nomination serait imminente.

Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail seraient chargés de missions à titre temporaire et garderaient la possibilité de conserver une activité professionnelle propre.

Leur rétribution se ferait à la vacation et atteindrait environ 40 à 50.000 francs par an.

Leur recrutement commencera dès que leur statut sera définitivement établi.

***

La Cour d'Appel de Rennes a rendu à la date du 10 novembre 1941 un arrêt décidant que la victime d'un accident du travail ne peut agir en responsabilité contre le médecin qui, par une erreur de diagnostic, a aggravé son état.

Cet arrêt est particulièrement intéressant parce qu'il constitue, à notre connaissance, la première décision rendue par une juridiction du second degré sur le caractère forfaitaire des dispositions de la loi du 9 avril 1898.

Plusieurs jugements de première instance avaient déjà statué dans le même sens mais jamais encore l'autorité d'une Cour d'Appel ne s'était attachée à la proclamation de tels principes.

Les arguments retenus par la Cour de Rennes sont les suivants :

1° Aux termes de l'art. 2 de la loi de 1898 les salariés ne peuvent se prévaloir, à raison des accidents du travail dont ils sont victimes, d'aucune disposition autre que celles de ladite loi.

2° Si la loi donne à la victime une action contre son patron et une autre contre le tiers responsable, elle lui refuse toute autre action.

3° La victime ne peut donc agir contre son médecin, qui n'est ni le patron, ni le tiers responsable de l'accident.

4° Si l'impossibilité de retenir la responsabilité du médecin aboutit à empêcher le blessé d'obtenir, dans les termes du droit commun, la réparation intégrale du préjudice par lui subi, la victime sera indemnisée néanmoins, à raison de l'indivisibilité existant entre le traitement médical et le traumatisme, de la totalité du dommage évalué conformément à la loi elle-même dont le caractère forfaitaire exclut tout supplément de réparation qui n'est pas expressément admis par elle.

Une telle décision ne peut donc être considérée comme inéquitable par rapport à l'ouvrier.

5° Dans le cas précis la victime avait cru pouvoir invoquer les dispositions de l'art. 20, de la loi de 1898 prévoyant une majoration d'indemnité pour le cas où l'accident est dû « à la faute inexcusable du patron ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction. »

La Cour a rejeté ce moyen en observant à juste titre que le médecin n'est pas le patron et ne peut être considéré comme un préposé du patron, notamment dans le sens donné à ce terme par l'art. 20 de la loi.

L'arrêt de la Cour de Rennes doit donc être soigneusement noté par les médecins praticiens. Il constitue pour eux un moyen de défense efficace contre certaines actions intentées à la légère par les accidentés du travail contre leur médecin.

***

Voici quels sont les nouveaux membres des Conseils départementaux.

Côte-d'Or. — Docteurs Bourée, Deslandes en remplacement des Docteurs Fonteray, Megret.

Côtes-du-Nord. — Docteur Kerboul en remplacement du Docteur Le Gueut.

Creuse. — Docteur Faury en remplacement des Docteurs Dufic-Montagne.

Deux-Sèvres. — Docteur Vignalou en remplacement du Docteur Frère.

Dordogne. — Docteurs Oxinczyc, Dannois en remplacement des Docteurs Durieux, Gaillard.

Eure. — Docteur Vaillant en remplacement du Docteur Champeau.

Gard. — Docteurs Villaret, Magnin en remplacement des Docteurs Cosse-Roujonn.

Gers. — Docteur Riviere en remplacement du Docteur Soubiran.

Ille-et-Vilaine. — Docteurs Thébault, Collet en remplacement des Docteurs Hardouin, Dufresne.

Indre. — Docteurs Barbier, Bauchesne en remplacement des Docteurs Kedeloulay, Garnier.

Indre-et-Loire. — Docteurs Magnan, Martinais en remplacement des Docteurs Cosse, Desbuquois.

Jura. — Docteurs Sallerot, Perrodin en remplacement des Docteurs Jouvet, Romand Meunier.

Landes. — Docteurs Lataste, Riberol en remplacement des Docteurs Estivals, Lamothe.

Haute-Loire. — Docteurs Mourgues, *président*, Jalengues en remplacement des Docteurs Maleysson, Giganta.

CORRESPONDANCE

APPLICATION DES TARIFS D'HONORAIRES

a) *Accidents du travail*

552. — Indemnité forfaitaire de déplacement. Banlieue ou non ?

J'habite R..., commune de 20.000 habitants, contiguë immédiatement à N... dont elle est, donc la banlieue. J'appliquais donc, pour les accidents du travail, une indemnité de déplacement de 4 francs jusqu'à présent. Toutes les Compagnies d'assurances y compris la X... m'ont réglé sans discussion cette indemnité. Aujourd'hui la X... ne peut m'accorder qu'une indemnité de 1 franc, car R... a moins de 50.000 habitants.

Je voudrais connaître votre avis à ce sujet et savoir qui a raison ?

Dr P.

Réponse

a) Si vous faites partie de la banlieue de N..., et avez droit, par suite, à l'indemnité forfaitaire de déplacement de 4 francs, c'est que votre commune « est située en totalité ou pour la partie la plus importante de l'agglomération dans un périmètre de 2 kilomètres à partir de la limite administrative de ladite ville » (annexe à l'art. 2).

b) Si non, habitant une commune au-dessous

de 50.000 habitants, cette indemnité n'est que de 1 franc (art. 2).

Dr F. DECOURT.

5989 — Réduction et contention d'une fracture du tibia mise simplement dans une gouttière.

Voudriez-vous me dire comment tarifer en matière d'Accidents du travail :

— la contention par simple gouttière métallique d'une fracture isolée du tibia.

Je trouve bien au tarif ministériel mention de la simple contention de la fracture du péroné et, par ailleurs, la réduction par appareil plâtré d'une fracture de jambe.

(Il s'agit d'un accidenté auquel j'avais dû mettre une gouttière pour le transporter à l'hospice voisin, distant de 5 kilomètres, en raison de l'indigence du milieu. La fracture étant sans déplacement, je l'ai laissé en gouttière).

Dr C.

Réponse

La réduction et contention de fracture du tibia seul, n'est pas tarifée sans appareils plâtrés silicates ni extension. Auquel cas, il faut chercher une analogie qu'on pourrait trouver dans « fracture de la clavicule » ou « partielle du bassin » tarifées 55 francs.

Dr F. DECOURT.

526. — « Tentative » de réduction de luxation

Voudriez-vous me dire comment je dois compter en matière d'accident : une tentative de réduction de luxation de la hanche, plus le lendemain une tentative de réduction sous chloroforme avec assistance d'un confrère.

Le blessé dut aller dans une clinique.

Dr M.

Réponse

Il n'y a pas, dans le tarif, de rubrique spéciale pour une « Tentative de réduction de luxation ». Je ne vois donc pas sur quoi vous pourriez vous baser pour demander des honoraires à ce sujet. Toutefois, pour la tentative sous chloroforme, pourrait être demandé le prix d'une « Consultation entre confrères » (art. 5) pour chacun des deux, soit 17 × 3 = 51 francs, ou cette somme pour l'un et 80 francs pour l'autre comme anesthésiste (art. 12) ».

Dr F. DECOURT.

b) Assurances sociales

746. — Accouchement dystocique

J'ai encore recours à votre compétence pour me renseigner. Il y a quelques jours, j'étais appelé pour faire un accouchement ; présentation du siège décomplété mode des fesses. Je fis plusieurs tentatives de

Mauriceau et ne pus avoir la tête. J'appelle un confrère chirurgien qui fait une basio marquée K = 60. Or, contrairement à ce que les journaux ont annoncé qu'à partir du 1er janvier le remboursement d'accouchement aurait lieu sur la base de 500 francs plus frais de visites avant et après, la caisse ne rembourse que 325 et K = 60 pour basio.

J'ajoute que l'intervention a nécessité une surveillance très grande de la malade avec persistance pendant quinze jours. Tout est rentré dans l'ordre maintenant. Que doit rembourser la Caisse, car j'ai fait une sulfamidothérapie intense. La femme est femme d'assuré.

Il existe un confrère au lieu indiqué mais qui a refusé de se déplacer pour les cas qui ne l'intéressent pas ; à la suite de cela l'Assistance médicale gratuite a décidé que si je me déplaçais, mon déplacement serait payé. Est-ce que les Caisses d'Assurances sociales peuvent refuser mon déplacement à mes malades vu que l'Assistance médicale gratuite le paie.

Dr F.

Réponse

« *a*) Dans le *Concours du* 25 janvier 1942, on lit bien, page 134, pour un accouchement à domicile le forfait de 500 francs nets, mais il s'agit de l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne. Je n'ai rien vu de semblable en ce qui concerne votre région. Donc, jusqu'à preuve du contraire, je crois qu'il n'y a pas eu de changement pour vous. Et alors, il reste comme auparavant, à compter :

1° 325 francs pour l'accouchement et
2° CHI K 60 pour l'embryotomie.

Quant aux frais de déplacement à domicile, c'est ceux « fixés pour les frais de déplacement du médecin en matière d'Assurance-maladie ». Personnellement, vous avez en plus à compter PC 6 pour « assistance à l'intervention » puisque le coefficient de celle-ci dépasse K 40.

Dr F. Decourt.

265. — Demande préalable de prise en charge pour soins spéciaux à l'hôpital

Une Caisse d'assurances sociales de la région exige, et c'est son droit d'ailleurs, l'accord préalable pour tous les examens et traitements de ma spécialité faits chez moi. Pour les mêmes examens et les mêmes traitements faits à l'hôpital, elle n'exige aucun accord préalable. Cette façon de procéder qui impose aux malades de ville venant à mon cabinet une démarche supplémentaire, me cause un préjudice en ce sens que j'y vois un moyen détourné de les orienter vers l'hôpital. Cette dualité dans la façon de procéder me semble d'autant plus bizarre que je suis le seul radiologiste de la ville et au surplus radiologiste de l'hôpital.

Pourquoi donc la Caisse exige-t-elle un accord préalable dans un cas et pas dans l'autre et alors que c'est le même médecin qui opère ?

Pour être complet, je vous signale que les examens faits chez moi sont remboursés sur la base du coefficient K8, tandis qu'à l'hôpital, le remboursement n'est que de 3,5.

Je vous serais très obligé de bien vouloir me pré-

ciser la conduite à tenir devant cette façon de procéder qui me semble quelque peu tendancieuse.

Dr C.

Réponse

a) Un assuré social doit demander à sa Caisse une « acceptation de prise en charge » des frais en cas de... ou de ... ou de *soins spéciaux* (comme radiographie ou traitement radiologique, par exemple) et cela « préalablement au traitement » (voir art. 24 du règlement-type d'administration intérieure pour les Caisses primaires) ; ceci est indiqué à propos des ... » *soins à domicile* ou au cabinet du praticien ».

b) En cas d'*hospitalisation*, il est dit à l'art. 33 : « Le malade peut être hospitalisé *ou traité* sur sa demande, lorsque son état ou sa situation l'exige, sur le vu de l'attestation du praticien traitant, du médecin de l'hôpital ou du médecin-contrôleur de la Caisse ». Et il est ajouté à l'art. 34 : « Le malade hospitalisé est soumis au règlement intérieur de l'hôpital, ainsi qu'*aux clauses de la convention intervenue entre l'hôpital et la Caisse*.

Conclusion. — Il s'en suit qu'en cas de traitement spécial à domicile ou au cabinet du médecin, l'acceptation de prise en charge donnée préalablement par la Caisse est prescrite. Mais pour les soins à l'hôpital il paraît suffire d'une attestation médicale d'obligation d'entrée, à moins qu'une autre obligation soit inscrite dans la convention Caisse-hôpital.

Dr F. DECOURT.

330. — Application du tarif minimum

Je serais heureux d'avoir votre avis sur le sujet suivant :

1° Oui ou non, la loi du 29 mai 1941, portant modification du régime des tarifs des assurances maladie et maternité et portant dans son article 2 que la participation de l'assuré est fixée à 20 p. 100, est-elle entrée en vigueur ?

2° Chaque jour, m'arrivent dans le cabinet des assurés sociaux, me montrant pièces en main que la Caisse primaire départementale de X... continue de leur appliquer la même règlementation, c'est-à-dire le remboursement des médicaments et des consultations, suivant les anciens tarifs à 60, 40, 30, 10 % ?

Je ne parle pas de l'Ordre nouveau qui a paraît-il recommandé aux fonctionnaires d'être complaisants, aimables, que sais-je encore.

L'employée préposée à la réception et au paiement des feuilles de maladie, critique ouvertement l'opportunité des visites fréquentes à un coquelucheux et répond même à la maman dont le mari est prisonnier, et à qui on refuse le paiement intégral de frais médicaux — alors qu'on a exigé du médecin qu'il ne prenne que 22 francs pour sa visite :

« Pourquoi faites-vous venir le médecin si souvent. Si votre enfant est malade, vous n'avez qu'à le mettre à l'hôpital... (*sic*) ».

Tout ceci avec le reste...

Dr de M.

Réponse

1° Aux termes de l'article 1er § 2 de la loi du

29 mai 1941, les nouveaux tarifs sont fixés pour chaque département ou groupe de départements. Il y aurait donc lieu, pour savoir si les nouveaux tarifs ont été établis pour la Gironde, de vous adresser au Conseil de l'Ordre des médecins de votre département.

Jusqu'à la publication de ces tarifs, les Caisses doivent régler les frais médicaux sur la base d'un tarif qui ne peut être inférieur au tarif fixé par l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938. C'est sans doute ce tarif qui était antérieurement applicable dans la Gironde, de sorte qu'il n'y a pas de modification si les nouveaux tarifs n'ont pas été arrêtés.

2° Pour les honoraires médicaux, la participation de l'assuré était déjà fixée à 20 %. Pour le remboursement des frais pharmaceutiques, la loi du 29 mai 1941 n'a apporté aucune modification au taux de remboursement. Il reste de 80, 60, 40 ou 10 % suivant les catégories.

3° Si les employés de la caisse se laissent aller à critiquer la manière dont le médecin a soigné les assurés et si la preuve peut en être apportée, le médecin victime de ces propos diffamatoires peut saisir la justice. Même si les propos n'ont pas à proprement parler le caractère diffamatoire, mais sont de nature à lui nuire, le médecin peut demander des dommages-intérêts.

ASSURANCES SOCIALES

5.755. — Retenue minimum pour avoir droit aux prestations

Une assurée immatriculée aux Assurances sociales en juillet 1941 (ayant subi une retenue de 29 francs sur son salaire pendant le trimestre juillet-août-septembre) tombe malade à la mi-novembre.

A-t-elle le droit aux prestations de soins et aux indemnités journalières ?

Dr L.

Réponse

Une loi du 15 mai 1941 a modifié le paragraphe 3 de l'art. 7 du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales.

Aux termes du nouveau texte, si l'assuré est immatriculé depuis moins de six mois au premier jour du trimestre civil de la maladie ou de l'accident, il n'est tenu de justifier, pour obtenir les prestations légales, que des retenues correspondantes aux journées de travail qu'il a accomplies depuis son immatriculation. Les retenues et les périodes de travail résultent des feuilles de paye, ou à défaut d'un certificat de l'employeur.

Votre cliente, immatriculée aux Assurances sociales en juillet 1941, et ayant subi les retenues légales sur son salaire en juillet, août et septembre, tombée malade dans le courant de novembre est donc en droit de bénéficier des prestations légales.

Depuis la loi du 6 janvier 1942, la question s'est encore trouvée modifiée et l'assuré social a droit aux prestations des assurances maladie, maternité et décès, du seul fait qu'au cours des trois mois antérieurs à la date de la première constatation de la maladie, il a occupé un emploi salarié ou assimilé et en a apporté la justification.

FISCALITÉ

606. — Etude rétrospective sur les impôts des médecins

Vous serait-il possible de me faire parvenir le tableau de la charge fiscale infligée aux médecins depuis 1929 ?

J'en ai besoin pour une étude que je fais sur le budget du praticien.

Dr L.

Réponse

Le taux de l'impôt cédulaire sur le bénéfice des professions non commerciales était en 1929 de 12 %, (loi du 13 juillet 1925, art. 7 et 3 août 1925, art. 23, décret du 15 octobre 1926, art. 56.)

Il est passé en 1938 à 14 % plus une majoration de 8 % de l'impôt (décret du 2 mai 1938).

En 1939 à 16 %, plus une contribution nationale de 2 %, décret du 12 novembre 1938, applicable du 1er janvier au 31 décembre 1939).

En 1940 à 16 %, plus contribution nationale de 5 % applicable à partir du 1er janvier 1940. Pour les mobilisables non incorporés sauf exemptions, le taux a été porté à 15 % à partir du 1er novembre 1939.

En 1941, à 16 %, contribution nationale de 5 %.

Pour la patente : en 1929, un médecin était imposé à la patente sur la valeur locative totale de son habitation (personnelle et professionnelle), droit proportionnel au 15e ; pas de droit fixe.

L'article 4 de la loi du 6 juillet 1931 a décidé qu'à partir du 1er janvier 1935, le droit proportionnel de patente ne porterait que sur la valeur locative des locaux à usage professionnel.

Cette réforme entraînant une grosse diminution de la patente, le Gouvernement y a remédié en procédant à un réajustement immédiat, lequel a bouleversé le régime applicable aux professions libérales (décret du 30 octobre 1935).

Dès lors, c'est-à-dire à partir du 1er janvier 1936, la patente des médecins se décompose :

1° En un droit fixe variant suivant la population des villes où ils exercent : Paris, 140 francs.

Commune au-dessus de 100.000 habitants, 100 francs ;
Commune de 50.001 à 100.000 habitants, 80 fr.
Commune de 30.001 à 50.000 habitants, 60 fr.
Commune de 20.001 à 30.000 habitants, 40 fr.
Commune de 10,001 à 20.000 habitants, 30 fr.
Commune de 5.001 à 10.000 habitants, 25 fr.
Commune de 2.001 à 5.000 habitants, 22 fr.
de 2.000 âmes et au-dessous, 10 francs.

2° Un droit proportionnel variant ainsi :

Paris — fraction valeur locative comprise entre 0 et 4.000 francs : au 20e ; entre 4 et 6.000 francs : au 10e ;

Supérieure à 6.000 francs, au 5e (au 8e depuis la loi du 31 décembre 1937).

Communes de plus de 100.000 habitants — fraction valeur locative comprise entre 0 et 3.000 francs : au 20e ; entre 3.000 et 4.000 francs, au 10e ; supérieure à 4.500 francs au 5e puis au 8e (loi du 31 décembre 1937).

Communes de 100.000 habitants et au-dessous — fraction valeur locative comprise entre 0 et 2.400 francs : au 20e ; entre 2.400 et 3.600 : au 10e ; supérieures à 3.600 au 5e au 8e (loi du 31 décembre 1937).

A. et S. MARTINOT.

QUESTIONS DIVERSES

1.181. — Suppléments alimentaires pour électroradiologistes

Je lis dans le *Concours médical* du 15 février 1942, que les électro-radiologistes des hôpitaux de Paris ont obtenu leur classement dans la catégorie « Travailleurs de force ».

J'ai fait cette demande ici pour le personnel manipulateur et moi-même qui présentons des numérations globulaires assez mauvaises.

J'ai donc fait cette demande à notre président local de l'Ordre des médecins qui me répond ne pouvoir rien demander pour nous, tant qu'il n'aura pas eu en mains, les textes sur lesquels il pourra baser sa demande au Conseil supérieur.

Pourriez-vous m'indiquer où je pourrai voir ces textes et comment procéder pour avoir satisfaction.

Dr C.

Réponse

L'information dont nous nous étions fait l'écho dans notre numéro du 15 février, nous a été donnée par des confrères électro-radiologistes.

Il ressort, en effet, que certains électro-radiologistes des hôpitaux de Paris et leurs assistants ont obtenu des suppléments alimentaires importants.

Malheureusement, c'est une question de fait et aucune décision administrative générale n'a été prise.

Cela dépend simplement du bon vouloir du ravitaillement de chaque département qui a une certaine liberté pour accorder dans quelques cas particuliers des suppléments alimentaires aux consommateurs en ayant besoin, soit en raison d'une déficience physique, soit en raison de leur profession.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE. Imprimerie THIRON et Cie, Clermont (Oise)

FORME NOUVELLE, ESPRIT ANCIEN

C'est pratiquement un nouveau journal que nous vous présentons aujourd'hui.

Nouveau, il l'est par le volume réduit, par la périodicité espacée, par une composition calculée moins pour plaire à l'œil que pour loger le plus de matière possible dans le moindre espace.

Ainsi le veut l'époque de misère que nous vivons. Toutes choses nous étant chichement mesurées, il fallait bien qu'une restriction d'un autre genre fît pendant à nos tickets de pain et de viande. Cette fois, c'est la pâture spirituelle qui est atteinte ; puisse-t-elle ne pas avoir à décroître encore !

Depuis le 10 mars dernier des ordonnances prises en territoire occupé réglementent sévèrement les allocations de papier aux publications périodiques. C'est pourquoi notre numéro du 15 mars, composé selon l'ancienne formule et bien que déjà tiré, n'avait pu sortir. Ainsi s'explique que vous l'ayez attendu plus de quinze jours.

Nous avons pu obtenir qu'il vous fût envoyé ; mais ce sera la dernière manifestation du Concours *dans la forme que certains de vous attendaient chaque semaine depuis trente et quarante ans.*

Désormais il devient, pour combien de temps (?), un organe bimensuel imprimé sur 32 pages. Nous nous en excusons ; mais il ne dépend pas de nous que nos abonnés reçoivent davantage. Du moins ferons-nous de notre mieux pour compenser la brièveté par la densité du texte et pour serrer les informations dans le but de les faire plus nombreuses.

Nous voici donc devant de nouvelles difficultés ; vous voici, vous, devant une restriction de plus. Le tout est d'y faire face, vous et nous, avec une même résolution. C'est une question de volonté, de foi en l'avenir, cet avenir que nous avons à édifier de pied en cap et dont toutes les pièces se raccordent les unes aux autres. Si nous négligions d'en boulonner solidement une seule, la charpente entière serait menacée. La survivance ou la disparition d'un journal comme celui-ci s'intègre parmi tant de choses de chez nous qui peuvent aussi, selon l'énergie que nous mettrons à les défendre, disparaître ou survivre.

Voici le moment venu de réaffirmer à la face de l'adversité la force vitale du Concours *et qu'une mesquine question de papier n'est pas pour le mettre en péril. Car ce n'est pas seulement un journal ; c'est aussi et avant tout une maison ; c'est même davantage : une famille. Tout ce qui est organisé ici pour la défense matérielle et morale de la profession, tout cela subsiste et demeure à sa libre disposition. Ecrivez-nous ; demandez à nos services renseignements et conseils. Des lettres vous porteront ce que n'aura pu vous porter le journal. L'essentiel c'est qu'entre les onze mille lecteurs le contact qu'établissait le journal ne soit pas coupé. Nous le préserverons, quant à nous, de toutes nos forces. Faites de même.*

Ce n'est après tout qu'un moment difficile à passer. Depuis deux ans, certes, ils n'ont pas manqué les moments difficiles et, sans faire le prophète, on en entrevoit d'autres assez distinctement. Mais l'habitude est prise de vivre péniblement. Un peu plus, un peu moins, question de nerfs... : que la peine demeure le temps qu'il faudra pour nous laisser, lorsqu'elle cessera, virils, tenaces, vainqueurs de nous-mêmes et du malheur qui voulait nous terrasser.

Les Grecs prenaient courage en se répétant : au bout du défilé s'ouvre la plaine.

Nous sommes dans le défilé. Ne doutons pas de voir s'ouvrir la plaine à ceux qui auront mérité d'y atteindre.

Le Concours Médical.

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours d'hygiène scolaire et d'éducation physique* en vue de la préparation aux fonctions de médecin inspecteur des Ecoles. — Ce cours, sous la direction du Professeur Tanon, de MM. Chailley-Bert, agrégé, H. Cambessédès, chargé de cours, et Ch. Lestocquoy, commencera le 15 avril 1942 au laboratoire d'hygiène. Il sera terminé par un examen qui donnera droit au diplôme universitaire.

Droits à verser (y compris les frais d'examen) : 430 francs. S'adresser pour renseignements, au Laboratoire d'hygiène de la Faculté et à l'Institut d'Education physique, 1, rue Lacretelle, et pour s'inscrire, au secrétariat de la Faculté.

— *Cours de pratique obstétricale.* — Ce cours réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers, aura lieu, à partir du 15 avril 1942, à la clinique d'accouchements Tarnier. Pour renseignements, s'adresser à M. Varangot, à la clinique d'accouchements Tarnier, rue d'Assas. Droit : 300 francs.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine......	**120 francs**
Étudiants................	**80 francs**
Le Numéro........	**5 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— *Clinique de la tuberculose* (Prof. Troisier). — *Un cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé par MM. Rist et Ameuille, et d'une durée de quatre semaines, commencera le 27 avril 1942 à l'hôpital Cochin (pavillon Claude-Bernard). Droits : 250 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté. Le Comité national de défense contre la tuberculose (66, boulevard Saint-Michel) met à la disposition des médecins de dispensaire ou des candidats aux postes de médecins de dispensaire un certain nombre de bourses.

— *Clinique médicale de Cochin* (Professeur P. Harvier). — Une série de conférences sur les *régimes alimentaires adaptés aux circonstances actuelles* aura lieu du 16 avril au 25 juin, à l'amphithéâtre de la clinique, le jeudi soir, à 20 h. 45.

Ces conférences sont libres et s'adressent spécialement aux médecins praticiens. Elles seront faites par les professeurs Chouard, Gougerot, Carnot, Loeper, Harvier, les Docteurs Perrault, Rachet, de Gennes, Froment et F.-P. Mercklen.

— *Leçons inaugurales.* — Les leçons inaugurales de MM. Leveuf, Donzelot et Brocq auront lieu au grand amphithéâtre de la Faculté, à 18 heures, aux dates suivantes :

Professeur Leveuf : le 27 avril 1942.
Professeur Donzelot : le 4 mai 1942.
Professeur Brocq : le 12 mai 1942.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Des concours spéciaux auront lieu en mai et juillet 1942 pour la nomination à huit places de médecin des hôpitaux de Paris. Ces concours seront réservés aux candidats antérieurement titulaires d'admissibilité ou d'*ex æquo* d'admissibilité. Les inscriptions sont reçues à l'Administration de l'Assistance publique du 8 au 17 avril 1942.

— *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — Un concours spécial pour la nomination à trois places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le 15 mai 1942. Ce concours sera réservé aux candidats ayant deux admissibilités ou une admissibilité et un *ex-æquo*. Les inscriptions sont reçues du 15 au 24 avril 1942.

— *Concours d'accoucheur des hôpitaux.* — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le 19 mai 1942. Les inscriptions sont reçues à l'administration Centrale, 3, avenue Victoria, du 13 au 24 avril1942.

— **Paris.** *Assistance médicale à domicile.* — Un *concours* pour la nomination à dix places de médecins de l'assistance médicale à domicile sera ouvert le 11 mai 1942. S'inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, du 10 au 24 avril 1942.

— **Vaccinations anti-varioliques.** — L'Académie de médecine a appelé, depuis plusieurs années déjà, l'attention des médecins sur l'activité actuelle des pulpes vaccinales. Dans le but d'éviter des réactions locales ou générales trop vives, elle recommande, dans la technique vaccinale, de faire de courtes scarifications (de 1 à 2 m. m. environ) et deux inoculations seulement, distantes de 5 centim. au moins, au bras de préférence, les inoculations à la cuisse étant d'une façon générale plus susceptibles d'être suivies de réactions.

— **Hôpital psychiatrique de Lesvellec**, près Vannes (Morbihan). *Internat.*— Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec.

Conditions : Nationalité française, non juif, 16 inscriptions. Traitement de 14.000 francs en première année ; 19.000 francs si docteur en médecine. Avantages : nourri, logé, chauffé, éclairé, blanchi. S'adresser au directeur.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Bernadette MÉNAGER, sixième enfant du Docteur Ch. Ménager (Machecoul, Loire-Inférieure, 2 mars 1942) ; de Christine BOUTRON, seconde fille du Docteur Jean Boutron (29, avenue du Maréchal Foch, Nogent-le-Rotrou, Eure-et-Loir) ; de Maurice PAUCHARD, deuxième fils du Docteur Pauchard (Nogent-le-Roi, Eure-et-Loir, 19 janvier 1942) ; de Michel DANIEL, deuxième fils du Docteur Daniel (Saint-Brévin-les-Pins, 2 mars 1942) ; de Dominique SCHALCK, fille du Docteur Maurice Schalck (36, avenue de la Motte-Picquet, Paris, 17 février 1942) ; de Nicole MATHIEU, fille du Docteur Pierre Mathieu (Bussang, 6 mars 1942) : de Laurence DENIS-PÉRALDI, deuxième enfant du Docteur André Denis-Péraldi et de Madame Denis-Péraldi, docteur en médecine (Plogastel Saint-Germain, Finistère, 15 mars 1942) ; d'Anne-Marie MEIR, fille du Docteur L. Meir (Ry, Seine-Inférieure, 21 mars 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Maurice TEULIÈRES, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Bordeaux ; du Docteur Georges COUSIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, député de Paris.

— **Régime des Diabétiques.** — Les Laboratoires Heudebert, mis dans la possibilité de reprendre partiellement leurs fabrications de pains pour diabétiques, préparent à nouveau la *Special-Diabetic* et les *Biscottes au gluten*, rigoureusement contrôlés par le laboratoire. Afin de réserver ces produits aux malades astreints à un régime strict, une priorité de four-

niture sera donnée à toutes les commandes accompagnées d'une ordonnance médicale.

Les médecins devront prescrire à leurs malades de remettre l'ordonnance à leur fournisseur habituel, qui appuiera de cette pièce la commande transmise aux Laboratoires Heudebert.

« Le Sou Médical »

En sa séance du 6 mars 1942, le Conseil d'administration a prononcé l'admission de 40 nouveaux membres.

Pour la Famille et les Travailleurs

Le Musée social vient de publier un *Guide pratique des lois sociales* qui présente, sous une forme accessible à tous, les principales dispositions légales intéressant la famille et les travailleurs : allocations familiales, aide aux familles rurales, assurances sociales, assistance, allocations militaires, retraite des vieux, aide aux chômeurs, habitations à bon marché, etc... Ce Guide, préfacé par M. André Siegfried, président du Musée social, sera consulté avec profit non seulement par les bénéficiaires de la législation, mais encore par tous ceux qui sont chargés de son application.

On peut se procurer ce Guide au Musée social, 5, rue Las Cases, Paris-7e (Prix : 12 francs ; franco : 14 francs).

Société médicale de l'Elysée (8e arrondissement)

La Société médicale de l'Elysée a voté à l'unanimité au cours de sa séance du 2 mars 1942, l'ordre du jour suivant :

« La Société médicale de l'Elysée

— regrette que les intérêts moraux et matériels de la médecine et des médecins ne soient pas mieux défendus, et notamment ne l'aient pas été lors de la discussion des dernières dispositions fiscales ;

— qu'en particulier il n'ait pas été tenu compte des résultats satisfaisants obtenus, *avec la collaboration des médecins*, par les dispositions antérieures ;

— et qu'ainsi aient été élaborées des lois d'exception qui sont contraires au principe d'union nationale, qui portent atteinte à l'honneur et à la dignité du Corps médical, et contribueront à diminuer le prestige de la médecine pour le plus grand dommage de la Santé publique ».

En communication au Fisc

Nous n'aurons pas la prétention de révéler aux membres de la corporation que les garçons de café de grands établissements parisiens parviennent à réaliser de 10 *à* 15.000 *francs de pourboire par mois, rémunération assurément supérieure à celle d'un chirurgien agrégé !*

Ce texte, que nous communique un de nos lecteurs, est extrait du journal « *L'Hôtelier français* » (5 février 1942). Le Fisc ignore peut-être les somptueux émoluments des garçons de café de grands établissements parisiens. En tous cas il est à présumer que la dime prélevée par lui sur ces « pourboires » pourrait être beaucoup plus substantielle, et l'on se demande ce qu'il attend pour imposer aux garçons de café l'usage de sa dernière invention : le carnet à souches. Les médecins consentiraient volontiers à n'en avoir pas la jouissance exclusive.





Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Anthropométrie des enfants atteints d'obésité simple

(M. P. NOBÉCOURT ; 20-1-1942)

L'anthropométrie (mesures de la taille, du poids, du périmètre thoracique), confrontée avec l'observation clinique, précise quelques caractères des enfants atteints d'obésité simple.

Leur taille est généralement moyenne. Leurs poids sont très divers. Les obésités fortes et très fortes sont, chez les garçons et les filles, surtout chez celles-ci, d'une manière générale plus fréquentes de 13 à 15 ans que de 6 à 12 ans. L'excès pour 100 du périmètre thoracique sur le périmètre moyen conforme à la taille, mesuré à la hauteur de l'appendice xyphoïde, est généralement plus grand chez le garçon que chez la fille.

La sexualité a donc une influence appréciable sur les obésités simples des enfants.

Action bactéricide de l'oxyde d'éthylène à l'état gazeux

(MM. H. VELU, A. LEPIGRE et P. BELLOCQ ; 20-1-1942)

L'oxyde d'éthylène, à la concentration de 200 grammes et même de 100 grammes par mètre cube, montre des propriétés bactéricides très énergiques pour les spores de bacille anthracoïde, fixées sur lames de verre, papier filtre, drap sec ou humide. La destruction de ces spores est totale et ne demande que quelques heures.

Il convient de souligner l'intérêt que peut présenter pour la stérilisation des vêtements la découverte des propriétés bactéricides de l'oxyde d'éthylène. L'outillage existe déjà puisque les services phytopathologiques utilisent pour la désinsectisation à l'aide de ce produit des caissons de toutes tailles qui s'adapteraient à la désinfection.

D'autres cas où la méthode pourrait être applicable (stérilisation des salles d'opération, de contagieux, destruction des insectes parasites) méritent d'être étudiés.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sulfamidothérapie intra-péritonéale

(M. GUÉNIN. — Rapport de M. Jean GOSSET ; 26-11-1941).

M. Guénin rapporte un cas de péritonite post-abortum avec septicémie à streptocoque hémolytique traité par hystérectomie totale et sulfamidothérapie intra-péritonéale. Guérison. Cette observation donne à M. Jean Gosset l'occasion d'insister sur certains points de la sulfamidothérapie intra-péritonéale, qui est assez différente de la sulfamidothérapie locale appliquée sur les blessures des membres.

Quand on met 10 à 12 grammes de sulfamide dans la grande cavité péritonéale, la diffusion du produit et aussi son élimination sont très rapides. Les travaux expérimentaux de M. Nitti ont éclairé ce point. L'action est puissante, l'imprégnation massive mais brève. Aussi faut-il, dès le lendemain de l'opération, la compléter par l'administration buccale du médicament.

Gangrène cutanée progressive de la paroi thoraco-abdominale consécutive à une appendicectomie pour appendicite gangréneuse

(M. Pierre RELIER. — Rapport de M. AMELINE ; 3-12-1941)

M. Relier a observé, chez un malade opéré d'appen-

dicectomie pour appendicite gangréneuse, une gangrène cutanée progressive de la paroi thoraco-abdominale, s'étendant du mamelon au pubis. Un intervalle « libre » — fait habituel — de seize jours fut noté entre l'opération et la complication cutanée. La guérison ne put être obtenue que par l'excision chirurgicale large.

Le cas de M. Relier s'ajoute aux observations présentées par M. Wilmoth en 1938 de cette curieuse et relativement rare affection.

P. L.

Société médicale des Hôpitaux de Paris

Séances plénières des 7-8 novembre 1941

Première question : Les cortines de synthèse

Les hormones du cortex surrénal ; chimie et physiologie. — M. Sannié passe en revue les symptômes de l'insuffisance surrénale et de la surrénalectomie totale ; puis, il précise comment fut préparée et fractionnée la cortine en vingt substances cristallisées pures appartenant au groupe de l'androstone, et ensuite la synthèse des substances à activité hormonale. Envisageant l'action physiologique de ces hormones, il expose l'étroite analogie, qui existe entre les hormones du cortex et les hormones génitales. En pratique, la seule hormone cristallisée utilisable en thérapeutique est la désoxycorticostérone.

La fatigabilité musculaire dans l'insuffisance surrénale. — L. Binet et D. Bargeton.

Le traitement de la maladie d'Addison par la cortine de synthèse. — L. de Gennes, D. Mahoudeau et M. Laudoit estiment que, malgré l'inactivité de divers moyens thérapeutiques antérieurement employés, la cortine de synthèse a paru, contre les formes sérieuses de la maladie et à condition d'être prescrite à doses suffisantes, aussi fidèle dans ses résultats que l'insuline dans le traitement des grands diabètes. Cependant, on peut observer avec ces doses élevées des accidents, tels que les œdèmes et l'hypertension artérielle.

A propos du traitement de la maladie d'Addison par l'acétate de désoxycorticostérone. — N. Fiessinger, M. Roux et J. Nick exposent l'influence comparée du traitement vitaminique par l'acide ascorbique, chlorurosodique, puis hormonal de synthèse.

MM. Guy Laroche et Bompard tirent de **trois observations de mort par maladie d'Addison avec tuberculose extra-capsulaire** la notion que, si la désoxycorticostérone donne des résultats remarquables, elle ne peut en tout cas supprimer les troubles, qui relèvent de l'infection tuberculeuse dans la maladie d'Addison.

Applications médicales des cortines de synthèse en dehors des insuffisances surrénales. — M. Brodin. Sans efficacité démontrée dans les infections graves (diphtérie, tétanos, fièvre typhoïde), celles-ci ont procuré des résultats très favorables dans les suites opératoires, notamment après certaines interventions digestives, et dans l'état de choc, spécialement chez les grands traumatisés et les brûlés.

P.-A. Marquézy et Mlle Ladet pensent que, **dans les diphtéries malignes, l'acétate de désoxycorticostérone** doit entrer dans le traitement, à côté de la strychnine et de l'ouabaïne, malgré certains insuccès pouvant s'expliquer par l'insuffisance des doses et leur application trop tardive.

G. F.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA RÉDUCTION DES FRACTURES DE L'AVANT-BRAS SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

Par

le Docteur Louis BERGOUIGNAN (d'Evreux)

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Il est, pour traiter les fractures, une règle absolue dont il ne faut jamais s'écarter « Toute fracture doit être réduite et immobilisée sous anesthésie ». Les réductions, ou mieux, tentatives de réduction faites sans anesthésie, sont pratiquement toujours vouées à l'échec. Ou bien le malade est douillet, ou simplement sensible, et alors son agitation, ses réflexes de défense, empêcheront tout travail convenable. Ou bien, il s'agit « d'un dur » qui ne proteste pas, mais s'accroche en contractant involontairement tous ses muscles, et cela entrave grandement la réduction.

Au cours d'expertises nombreuses, faites à la suite d'accidents de travail ou de droit commun, et devant de mauvais résultats anatomiques qui n'auraient pas dû exister, j'ai interrogé les blessés et je suis arrivé à la conclusion suivante : 9 fois sur 10, les mauvais résultats sont dus :

— soit à une réduction incomplète, parce qu'il n'y a pas eu d'anesthésie ;

— soit à une mauvaise surveillance du plâtre, qui n'a pas été remplacé lorsqu'il est devenu trop large.

On peut poser en principe que, sauf des cas exceptionnels d'irréductibilité dus à des chevauchements ou à des interpositions, toutes ces fractures peuvent être réduites presque anatomiquement à condition :

— que le blessé ne souffre pas et ne se contracte pas ;

— que le praticien mette le temps nécessaire, pour faire sa réduction et poser son plâtre, et qu'il ne soit donc pas obligé d'aller vite, pour abréger les souffrances du blessé.

Il est évident que l'idéal, pour réduire une fracture, est l'anesthésie générale. Mais les conditions actuelles de notre pratique, les difficultés de transport font que bien souvent le praticien de campagne est livré à lui-même. Il ne peut faire donner l'anesthésie générale à son confrère voisin, ni conduire le blessé au chirurgien le plus proche.

Force lui est donc de travailler seul. C'est alors que l'anesthésie locale lui apporte une aide considérable.

Il y a des années que je réduis certaines fractures sous anesthésie locale. J'avais même, vers 1934, exposé mes idées à ce sujet dans un journal médical local, et j'avais été questionné par beaucoup de confrères.

Je voudrais y revenir aujourd'hui, car je pense être ainsi utile au praticien isolé.

En principe, on peut tout faire à l'anesthésie locale, en matière de fractures, comme en chirurgie générale. Mais, qui trop embrasse mal étreint, et il est évident que, dans les fractures de jambe, par exemple, on ne pourra que difficilement vaincre la contracture musculaire, et l'extension continue est ici le procédé de choix quand on ne peut faire une anesthésie générale.

Je n'aurai ici en vue que les fractures de l'avant-bras, si fréquentes, et qui demandent plus que toutes autres, une réduction anatomique parfaite, si l'on veut avoir fonctionnellement une *restitutio ad integrum.*

TECHNIQUE.

Avant tout, il faut s'assurer d'une asepsie rigoureuse :

— Asepsie chirurgicale des mains du praticien ;

— Asepsie des téguments du blessé ;

— Asepsie de la seringue et des aiguilles.

Je puis dire, qu'en prenant les précautions de règle, je n'ai jamais eu un seul accident infectieux sur plusieurs centaines d'infiltrations.

J'emploie une solution anesthésique, novocaïne ou dunacaïne, à 1 %, sans adrénaline, une seringue de 10 ou de 20 c. c., et une aiguille de 6 cent. de long, d'un diamètre de 7/10, feront l'affaire.

Prenons comme exemple une fracture des deux os de l'avant-bras à la partie moyenne.

Il faut tout d'abord repérer exactement les deux foyers de fracture. L'aiguille est enfoncée en regard du foyer, sur le bord de l'avant-bras correspondant à l'os que l'on veut infiltrer. Elle est enfoncée seule, sans être chargée de la seringue. On peut ainsi contrôler si l'on n'a pas piqué un vaisseau. Mais il ne faut s'inquiéter que d'un écoulement *continu.* Il arrive souvent en effet, qu'une ou deux gouttes de sang viennent perler à l'embout de l'aiguille. Il ne s'agit que du sang épanché autour du foyer de fracture. Il est facile à reconnaître — plus foncé, plus fluide que du sang veineux. Il porte souvent en suspension, quelques gouttelettes graisseuses.

L'aiguille étant enfoncée dans la direction de l'os, bute, après un très court trajet contre le foyer de fracture. On pousse alors 3 à 4 c. c. de la solution anesthésiante.

On retire incomplètement l'aiguille, sans

qu'elle sorte de la peau, et en l'inclinant, on l'enfonce au ras de l'os, en avant de lui.

On pousse alors 2 ou 3 c. c. et l'on fait la même manœuvre en arrière.

On enlève alors l'aiguille et on infiltre, par le même procédé, le second os de l'avant-bras.

Mais l'anesthésie ne sera complète qu'après une bonne infiltration de l'espace interosseux.

L'aiguille est donc enfoncée sur la ligne médiane, au niveau des foyers de fracture, à une profondeur variable suivant l'épaisseur de l'avant-bras. Et l'on pousse environ 5 c. c. de solution.

Au total, j'emploie, suivant les sujets, 20 à 25 c. c. de solution à 1 %.

L'anesthésie étant ainsi faite, il faut savoir attendre 5 bonnes minutes. On les emploie à tailler et préparer l'appareil plâtré.

A ce moment, le blessé ne souffre plus ; on peut mobiliser son avant-bras dans tous les sens. La réduction devient très aisée, et l'anesthésie, qui dure près d'une heure, permet d'attendre, sans incidents, la prise complète du plâtre.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, l'anesthésie est très facile à réaliser, l'os étant à ce niveau, très superficiel. Il faut simplement veiller, dans le temps antérieur de l'infiltration, à ne pas piquer l'artère radiale. Cela ne présenterait d'ailleurs qu'un inconvénient minime. Il faut surtout infiltrer très soigneusement l'espace interosseux, près de l'articulation radio-cubitale inférieure.

En général, chez les sujets gras, ou à musculature importante au milieu de laquelle les os sont parfois difficiles à repérer, il y a intérêt à employer une solution à 1 /200 et à en infiltrer une plus grande quantité.

La généralisation de cette méthode simple et inoffensive d'anesthésie, doit apporter au praticien, une aide efficace dans le traitement des fractures de l'avant-bras, et lui permettre d'améliorer, dans une large proportion, ses résultats éloignés.

LE MÉDECIN PEUT-IL COMPTER SUR LA VOIE RECTALE POUR FAIRE ABSORBER LES MÉDICAMENTS ET EN PARTICULIER LES SULFAMIDES

Par le Docteur P. LASSABLIÈRE,

Directeur à l'Ecole des Hautes Etudes

Il n'est pas d'opinion plus susceptible d'être influencée que celle des médecins ; il n'est pas rare de constater chez eux, en peu de temps, des courants d'idées opposés et même des renversements complets de jugement ; tel médicament en grande faveur va connaître brusquement une opposition farouche. Les théories médicales sont particulièrement instables ; il ne faut pas s'en étonner, car les théories, comme l'a dit très justement Claude Bernard, « ne représentent que l'état actuel de nos connaissances », ce sont des vérités partielles, provisoires ». Ce ne sont pas des dogmes, des articles de foi. « Le Progrès, a-t-il dit encore, consiste à changer une théorie ancienne, qui renferme moins de faits, contre une nouvelle qui en renferme davantage ».

L'étude du problème, que pose l'absorption par la voie rectale, illustre parfaitement les paroles de Claude Bernard. Entrevue dès les premiers âges de la Médecine, méconnue ensuite pendant des siècles, la voie d'absorption par le rectum a connu bien des vicissitudes, surtout dans ces derniers temps, si bien que le praticien, balloté par des courants divers, parfois en sens contraire, ressemble un peu au paysan de Luther qui ne pouvait se tenir sur son âne... Le redressait-on d'un côté, il tombait de l'autre.

Or, faire le point de nos connaissances sur ce sujet si débattu, constitue un problème du plus haut intérêt. En thérapeutique, les indications de la voie rectale sont nombreuses. En dehors des lavements alimentaires, on utilise cette voie :

Pour exercer une action calmante sur le gros intestin, ou sur les organes du petit bassin (suppositoires à l'opium, à la belladone).

Pour administrer certains médicaments à odeur ou saveur particulièrement désagréables (*asa fœtida*). Pour administrer des médicaments, alors qu'il y a constriction des mâchoires (angines graves avec dysphagies), vomissements incoercibles, rétrécissement de l'œsophage.

Lorsqu'on veut éviter l'intolérance gastrique de certains agents thérapeutiques : créosote, sulfamides, etc...

Lorsqu'on veut éviter le danger d'intoxication par doses massives. En effet, l'emploi de suppositoires rend impossible les accidents dus à l'utilisation de substances dangereuses (barbituriques, etc...), en cachets, comprimés.

Tous ces avantages nous font comprendre le grand intérêt d'une thérapeutique, qui, chaque jour, étend son domaine d'action parce que, en résumé, elle est simple, commode, rapide, indolore et sans danger.

Voyons maintenant si elle est efficace, c'est-à-dire si vraiment le rectum absorbe les médicaments.

Absorption des médicaments par le rectum : preuves

A. — PREUVES CLINIQUES :

La clinique a apporté une contribution considérable à la solution du problème qui nous intéresse.

Sans remonter aux nombreuses formules de suppositoires utilisés par Hippocrate, Dioscoride, Galien et la Pharmacopée du Moyen-âge, on a

observé depuis longtemps les heureux effets des suppositoires à l'extrait d'opium ou à la belladone.

Résumant l'état de nos connaissances d'il y a trente ans, Manquat affirmait que la muqueuse rectale est complètement ouverte à l'absorption de la majorité des médicaments, à la condition que les substances introduites dans cette partie de l'intestin n'aient pas besoin d'une élaboration spéciale et soient compatibles avec la réaction chimique du milieu. Il en donne de nombreux exemples et ne formule que quelques exceptions à cette règle, notamment pour les résines qui ne seraient pas absorbées, pour le salol qui ne le serait qu'après quatre heures et pour le bleu de méthylène, qui serait plus rapidement absorbé par l'estomac.

Depuis ces conclusions si favorables, un nombre de plus en plus considérable d'observations cliniques sont venues confirmer la réalité de l'absorption des médicaments par le rectum. C'est pourquoi les suppositoires constituent une forme de plus en plus courante pour l'administration des agents thérapeutiques les plus divers ; on les utilise de plus en plus pour obtenir des effets soit astringents, soit cardiotoniques, soit antipyrétiques, soit sédatifs, soit anti-infectieux, etc...

C'est Libenski qui, le premier, a affirmé que la poudre de feuilles de digitale pouvait être absorbée en suppositoires.

On sait que l'anesthésie générale elle-même, peut être obtenue par voie rectale et, depuis 1930, on utilise couramment le tribromoéthanol, dont l'absorption par le rectum est très rapide.

Pour réaliser l'imprégnation créosotée par voie rectale, les suppositoires constituent la méthode la plus pratique, la plus fidèle, la plus exempte de dangers et la plus efficace : dans sa communication à l'Académie de chirurgie en 1937, André Martin a apporté une documentation impressionnante et très démonstrative sur l'action anti-infectieuse des suppositoires à la créosote.

En 1939, Verroust, dans sa thèse inspirée par L. Tixier, apportait de nombreuses observations cliniques pour démonstrer que quoiqu'on en ait dit, la sulfamidothérapie par voie rectale était réelle.

Déjà, en présence du grand nombre de faits cliniques que nous possédons, il apparaît difficile, malgré certaines oppositions très respectables, d'admettre que la voie rectale soit une méthode thérapeutique inefficace. Nous allons voir maintenant comment le laboratoire a apporté à la clinique de nouveaux arguments décisifs.

B. — PREUVES EXPÉRIMENTALES :

a) *Mécanisme de l'absorption du rectum : données anatomiques.*

Rappelons d'abord rapidement comment peut se faire l'absorption par le rectum ?

Le rectum possède une double vascularisasion :

1° La veine hémorroïdale supérieure qui, par l'intermédiaire de la mésentérique inférieure, se jette dans la veine porte ;

2° La veine hémorroïdale moyenne dont la branche supérieure rejoint l'hémorroïdale supérieure et dont la branche inférieure aboutit à l'hémorroïdale inférieure ;

3° La veine hémorroïdale inférieure qui, par l'intermédiaire de la veine-cave inférieure, se jette dans le cœur droit.

Le système lymphatique du rectum aboutit également au cœur droit par l'intermédiaire du canal thoracique.

Bien que Gordowski ait montré, sur une série de clichés radiographiques, qu'un suppositoire opaque de beurre de cacao et gélobarine introduit dans le rectum ne reste pas dans la partie basse, mais peut monter en trente minutes jusqu'à la partie moyenne de l'anse sigmoïde, la connaissance de la vascularisation du rectum nous permet déjà de comprendre que, si une partie du médicament introduit peut être absorbé par la voie portale, la partie la plus importante est résorbée directement sans passer par le foie.

b) *Expériences.*

Il y a longtemps déjà que Claude Bernard a montré que l'hydrogène sulfuré, injecté dans le rectum, repassait rapidement par le poumon.

Parmi bien d'autres, les expériences de Zunz sont particulièrement positives : il a montré, que selon la nature des médicaments, l'absorption est plus rapide, tantôt après ingestion, tantôt après administration par la voie rectale. Voici quelques résultats comparatifs :

MÉDICAMENTS	Absorption après administration par voie buccale	Absorption après administration par voie rectale
Iodure de potassium ..	15 minutes	10 minutes
Salicylate de soude ..	30 minutes	4 heures environ
Salol.	35 minutes	25 minutes
Antipyrine	40 minutes	30 minutes
Bleu de méthylène....	40 minutes	75 minutes

En ce qui concerne le bleu de méthylène Ravaud, opérant sur un même sujet, n'a pas trouvé de différence sensible, selon que le médicament est absorbé en cachets ou en suppositoires. Dans les deux cas, en effet, on retrouve le bleu de méthylène dans l'urine 50 à 60 minutes après l'administration.

Une autre expérience de Zunz montre que si on introduit 100 milligrammes de sulfate de strychnine dans le rectum d'une grenouille, les convulsions surviennent au bout de sept minutes. Or, elles apparaissent au bout de trente minutes après introduction de cet alcaloïde dans l'estomac.

Ravaud a apporté une contribution expéri-

mentale très importante sur l'absorption rectale des sels de quinine et du véronal.

Expériences sur l'absorption rectale des sels de quinine.

Plusieurs auteurs avaient nié l'absorption de la quinine par le rectum. Gilbert pensait que c'était là un mode d'administration infidèle. Pour Busquet, l'absorption, quoique possible, était lente et infidèle dans les trois quarts des cas. Pour Zunz, le suppositoire de quinine allait jusqu'à provoquer chez les enfants une violente irritation nerveuse. Pouchet, plus sévère encore, parlait même d'accidents mortels causés par les suppositoires de quinine.

Comme le dit Ravaud, on peut s'étonner d'entendre parler de la toxicité des suppositoires de quinine et des accidents mortels qu'ils auraient provoqués, quand on réfléchit au nombre considérable de ces suppositoires en usage chaque jour. Ravaud s'appuyant sur la technique inaugurée par R. Fabre, a comparé l'élimination urinaire de la quinine, absorbée en cachets et en suppositoires. Pour avoir une idée plus précise du rythme de l'émission, il a dosé la quinine, non plus dans la totalité des urines, mais dans chaque émission. Il a pu conclure des résultats obtenus que, en dehors des variations individuelles considérables, il y a un parallélisme parfait entre l'élimination urinaire de la quinine administrée, soit par voie rectale, soit en cachets.

Expériences sur l'absorption rectale du véronal :

Ravaud a constaté, après de nombreux essais sur lui et son entourage, que les suppositoires de véronal, avaient une action hypnotique tout à fait comparable à celle des cachets.

Etudiant ensuite l'élimination du véronal, selon qu'il est administré par voie buccale ou par voie rectale, il a pu conclure de ses analyses que :

Le véronal, administré en suppositoires, est absorbé par la muqueuse rectale et se retrouve dans les urines, à des doses très sensiblement identiques à celles constatées après administration du véronal en cachets.

Le véronal, administré en suppositoires, s'élimine souvent de l'organisme plus rapidement que lorsqu'on l'absorbe par voie buccale.

Expérience sur l'absorption rectale des sulfamides.

Gordowski a fait une étude comparative de l'élimination et de la résorption du para-amino-phényl-sulfamide administré en suppositoires et en comprimés. Il a conclu de ses expériences que :

1° *Résorption*.

Quelle que soit la voie d'introduction, la concentration du 1162 Fourneau dans le sang demeure sensiblement la même au cours des trois premières heures qui suivent son administration, avec une légère différence en faveur de la voie buccale.

Par contre, dans le cas de la voie rectale, la résorption devient manifestement plus lente et plus régulière à partir de la troisième heure. L'administration par cette voie permet de réaliser une concentration sanguine plus stable et d'espacer les prises ;

2° *Elimination.*

Quelle que soit la voie d'administration, l'élimination urinaire du 1162 Fourneau, soit à l'état libre, soit à l'état combiné, est pratiquement terminée à la 73e heure. La principale différence, que présentent à cet égard les voies buccale et rectale, concerne la proportion de forme libre existant dans l'urine au cours des cinq premières heures ; celle-ci est d'environ 75 % plus forte après administration par voie buccale, ce qui permet de supposer que, par la voie rectale, la forme libre, éliminée moins rapidement, est retenue par l'organisme ; ce fait est d'autant plus important que la forme libre est considérée par Fuller comme la seule efficace. La voie rectale semble donc permettre de retarder notablement l'élimination de la para-amino-phényl-sulfamide en nature.

Conclusion

Dans cette étude rapide, nous avons dû, faute de place, nous en tenir aux faits les plus positifs. Néanmoins, l'ensemble de ces faits permet d'aboutir à cette conclusion pratique que le rectum absorbe et que notamment la résorption des suppositoires non seulement est rapide, mais permet encore le plus souvent d'éviter la traversée hépatique. Or, on ne peut nier que l'action du foie n'est pas indifférente sur tous les médicaments. Comme le dit Verroust, le foie peut être un destructeur, un transformateur, un barrage à l'action de la thérapeutique et bien souvent, il constitue un relai ou un modificateur.

Il est également logique d'administrer les sulfamides par suppositoires. C'est là une voie d'introduction, qui donne une absorption excellente et qui permet d'employer les doses thérapeutiques les plus faibles, parce que totalement efficaces. Enfin, c'est aussi un moyen d'empêcher certains accidents d'intolérance digestive, qui sont probablement la conséquence de l'action du médicament sur la muqueuse gastrique et sur la glande hépatique.

De plus, remarquons que les suppositoires se prêtent parfaitement à l'action synergique si souvent recherchée, quand on administre plusieurs médicaments.

En effet, la loi de Bürgi, qui admet qu'il y a action synergique renforçatrice, quand les divers médicaments associés agissent soit sur des cellules différentes, soit en des endroits différents, se trouve ici vérifiée, puisque les voies anatomiques

d'absorption rectale sont multiples, comme nous l'avons vu plus haut.

Ainsi donc, la voie d'absorption rectale mérite la confiance que des milliers de praticiens lui accordent. Sans doute, là comme ailleurs, il existe encore bien des inconnues, mais il en est ainsi de tous les problèmes biologiques. La science médicale s'édifie lentement, souvent par bonds désordonnés, ce qui explique les contradictions. C'est ce qui a permis à Duclaux de dire que « le char du Progrès à des roues carrées ». Ne le regrettons pas trop, car, c'est là ce qui fait l'orgueilleuse beauté de la Science, qui est toujours en perpétuel devenir : au diadème qui la couronne, la patiente recherche du mieux peut toujours ajouter une nouvelle rangée de joyaux.

SUR QUELQUES DÉTAILS COMPLÉMENTAIRES D'APPLICATION DE LA VACCINATION ANTIDIPHTÉRIQUE

La vaccination anti-diphtérique par l'anatoxine Ramon, aujourd'hui rendue obligatoire en France, et aussi dans d'autres pays (en Italie et en Egypte, par exemple) (1), est actuellement appliquée journellement par les praticiens dans les écoles, les groupements de jeunesse et en clientèle. Si la technique générale de cette vaccination — codifiée par les Instructions de l'Académie de médecine, du Comité consultatif d'hygiène de France et par l'arrêté du 10 septembre 1941 du Secrétaire d'État à la Santé — est bien connue, quelques points complémentaires d'application, concernant certains cas spéciaux, peuvent apparaître parfois au praticien demander des précisions de détail. Des lettres de nos lecteurs s'en sont fait l'écho et lleurs questions ont eu trait à l'emploi du vaccin avant ou après injection de sérum, à l'utilité de vacciner un sujet ayant été atteint déjà de diphtérie, et aux précautions à prendre pour la vaccination de ces anciens diphtériques. C'est ainsi que le Docteur Charézieux, de Saint-Jean-le-Thomas (Manche), nous demandait dans une lettre récente si, chez un enfant ayant été soigné pour diphtérie confirmée bactériologiquement, il ne fallait pas procéder à la vaccination avec certaines précautions pour éviter les réactions plus vives à l'anatoxine, précautions que lui avait conseillées d'ailleurs un de nos maîtres de la Faculté de Paris.

Pour obtenir un avis particulièrement autorisé sur ces points de détail, nous nous sommes adressés au Professeur Ramon, de l'Institut Pasteur, l'éminent savant à qui l'on doit la belle découverte des anatoxines et de la vaccination anatoxinique. Le savant Maître a bien voulu — ce dont nous le remercions vivement — nous honorer de la réponse suivante qui solutionne les trois questions posées :

P. L.

Réponse du Professeur Ramon

Ainsi qu'il est écrit dans la brochure de l'Institut Pasteur (Instruction sur le mode d'emploi des sérums et vaccins destinés à la médecine humaine) et aussi dans l'arrêté paru au *Journal officiel* du 2 octobre 1941 : l'anatoxine diphtérique (ou le vaccin antidiphtérique-antitétanique, mélange des deux anatoxines diphtérique et tétanique) ne contenant pas de sérum, son emploi n'est pas contre-indiqué chez les sujets ayant reçu une injection antérieure de sérum (antidiphtérique ou autre) et ne contre-indique pas une injection ultérieure de sérum ou de vaccin. Donc, pour répondre à la question que pose votre lettre : le sérum administré chez un sujet au cours d'une diphtérie antérieure ne rend pas ce sujet plus sensible à la vaccination anatoxique.

On peut craindre qu'un sujet atteint de diphtérie soit mis, du moins pour un temps, en état d'allergie par les protéines issues du bacille de Löffler, ce qui exposerait ce sujet à réagir ultérieurement plus ou moins fortement à une injection d'anatoxine diphtérique qui renferme par essence des protéines ou des dérivés protéiniques en provenance du bacille diphtérique. Nous avions nous-même émis cette crainte lorsque nous avons établi la méthode de séro-anatoxithérapie des diphtéries en évolution. Or, il semble bien, à l'heure actuelle, d'après les nombreux cas de diphtérie traités à la fois par le sérum anti-diphtérique et par des injections répétées d'anatoxine qu'il n'en est pas ainsi.

Néanmoins, l'*avis* que vous rapportez dans votre lettre d'un Professeur à la Faculté est *sage* et je crois comme ce dernier, qu'il est prudent, chez un enfant convalescent de diphtérie *contrôlée bactériologiquement*, mais dans ce cas seulement, de pratiquer ce que j'ai moi-même appelé (en matière d'anatoxithérapie staphylococcique) une *injection de précaution* de 1/10e de c. c., sous la peau, qui renseignera sur la sensibilité éventuelle du sujet à vacciner (1).

J'ajoute qu'on ne saurait arguer d'une diphtérie antérieure pour dispenser un sujet de la vaccination sous le prétexte que la diphtérie laisse derrière elle l'immunité. Si cela est exact dans une certaine proportion de cas, il n'en est pas ainsi dans tous, et il existe d'assez nombreux exemples des rechutes et et de récidives de diphtérie.

G. RAMON.

(1) Loi italienne du 6 juin 1939 et loi égyptienne du 26 avril 1940.

(1) N. D. L. R. : Dans sa communication du 8 juillet 1938 à la Société médicale des hôpitaux de Paris sur la séro-anatoxithérapie anti-diphtérique, le Professeur Ramon a exposé ainsi la technique qu'il préconisa pour les premiers essais chez l'homme, après expérimentation chez l'animal, du traitement des diphtéries en évolution par l'anatoxine associée au sérum : Pratiquer d'abord une injection sous-cutanée de 1/10e de cent. cube d'anatoxine diphtérique, puis, après quelques instants (20 minutes ou une heure), effectuer sous la peau et à un endroit très éloigné du point d'injection de l'anatoxine, l'injection unique et massive de sérum...

Après 48 heures, si la réaction — locale ou générale — est faible, une seconde injection d'anatoxine (1/2 ou 1 c. c.) sera faite, qui sera suivie d'autre, injections à doses progressivement croissantes : 1 c.c.s 2 c.c., 3 c.c., etc., à cinq jours d'intervalle. Le nombre des injections, non compris l'injection préalable de 1/10e de c.c., est donc de 4. Il peut être augmenté ou diminué selon les circonstances. L'intervalle entre les injections peut varier, mais il est préférable de l'accroître plutôt que de le réduire.

La Presse

Indications de l'angéiothérapie artérielle

J. DE FOURMESTRAUX établit que si l'angéiothérapie par voie artérielle ne constitue pas une panacée universelle dans le traitement des infections diffuses ou localisées, elle se présente comme une méthode simple, pouvant rendre d'utiles services. Dans le traitement du tétanos par sérothérapie carotidienne, elle apparaît comme plus efficace que par la voie veineuse, rachidienne ou cutanée (injection unique et massive). Dans les infections aiguës des membres, les attritions infectées du tissu conjonctif, les cellulites en général : résultats certains. L'agent chimiothérapique le plus efficace semble le mercurochrome en solution à deux pour cent.

L'auteur n'a jamais observé d'accidents graves au cours de ses observations d'artériothérapie. Cependant, des accidents sont possibles chez des malades présentant une sensibilité vaso-motrice anormale, comme dans la maladie de Raynaud, où la moindre excitation périphérique produit parfois des artériospasmes sévères. Il paraît indiqué, dans les cas douteux, de pratiquer, avant d'intervenir, une intra-dermo-réaction à l'adrénaline. Chez les sujets très sensibles, une ou deux gouttes de la solution d'adrénaline à un pour mille, injectées dans le derme, produisent une plaque livide, qui est parfois fort longue à disparaître. Il est évident alors que, si l'on ne veut pas avoir d'accidents, il vaut mieux s'abstenir de toute atteinte de l'artère, qu'il s'agisse d'artériographie ou d'angéiothérapie par voie artérielle. (*Le Progrès Médical*, 24 janvier 1942).

Recrudescence actuelle des adénopathies tuberculeuses et des abcès froids

Le Professeur J. DEREUX (de Lille) a été frappé du nombre relativement important de ces cas ; l'âge de ces malades est compris entre 45 et 86 ans ; presque toujours, il s'agit de masses ganglionnaires cervicales, dans une région antérieurement atteinte. Ces tuberculoses ganglionnaires se sont développées sans atteinte pulmonaire et se sont accompagnées, assez souvent, d'une altération profonde de l'état général. Les causes à invoquer sont la sous-alimentation, les restrictions, le déséquilibre alimentaire, avec les carences en vitamines que ces désordres entraînent. Ces faits soulignent une fois de plus l'importance de l'état du terrain qui favorise ou entrave le développement du bacille de Koch (*Jour. des Sc. méd. de Lille*, 25 janvier 1942).

L'anatoxine staphylococcique dans le traitement des lymphangites du sein

Parmi les incidents qui obligent à suspendre temporairement ou définitivement l'allaitement, les complications mammaires infectieuses figurent au premier plan. MM. PAUCOT et BÉDRINE démontrent que l'anatoxine staphylococcique de Ramon nous apporte une nouvelle arme dans la lutte contre l'infection à staphylocoques. Toute lymphangite, d'emblée sérieuse ou étendue, ou qui ne cède pas à vingt-quatre heures de pansements humides, doit être soumise à cette thérapeutique. Le produit peut avoir également un rôle prophylactique utile, et prévenir la récidive du processus inflammatoire mammaire au cours d'un nouvel allaitement, lorsqu'un abcès du sein a été antérieurement déploré. (*Revue franç. de gynécologie*, décembre 1941).

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil Supérieur de l'Ordre

Communiqué

Une délégation de la Commission de protection des intérêts des médecins de réserve prisonniers a été reçue le 4 mars 1942 par M. Scapini, ambassadeur des prisonniers.

Au cours de cette audience, ont été évoquées quelques questions d'un intérêt actuel.

1° *Activer le retour des médecins prisonniers* ;

2° *Etendre la relève aux médecins nés après* 1900 *et aux médecins pères de trois enfants* ;

3° *Assurer le rapatriement des médecins prisonniers malades.*

4° *Rapatriement des étudiants en médecine* ;

5° *Moyens de faire connaître en temps utile à tous les médecins prisonniers les informations qui les intéressent.*

Conseil Départemental de la Seine

Communiqués

I

Le Conseil de l'Ordre, ayant reçu pour instruction de réduire son contingent d'S. P. de 10 %, a décidé, dans sa séance du 26 février 1942, le retrait des permis de circuler des confrères qui n'avaient pas accepté le jumelage qui leur avait été proposé.

Cette mesure lui paraît équitable puisqu'elle n'atteint que la moitié des médecins qui seraient touchés avec la suppression de voitures jumelées. De plus il lui paraît normal qu'actuellement tout le monde s'impose les mêmes privations et les mêmes inconvénients.

II

La Préfecture de la Seine prie le Conseil de l'Ordre de rappeler aux médecins du département qu'ils sont tenus, par la circulaire ministérielle du 21 décembre 1940, de faire parvenir à M. le directeur des services d'hygiène, préfecture de la Seine, avant le 5 de chaque mois, la liste des personnes dont l'état de santé a nécessité de leur part l'octroi d'un régime spécial d'alimentation et la durée pour laquelle il a été prescrit.

III

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins est heureux de faire connaître aux confrères du département que le service de *taxi médical de nuit* qui a dû être suspendu momentanément, pour des raisons indépendantes de sa volonté, reprend son activité à partir du mardi 17 mars (20 heures) avec, comme lieu de stationnement et d'appel l'hôpital Marmottan, 19, rue d'Armaillé, tél. Eto 44-79, de 20 heures à 8 heures.

D'autre part, un service de *taxi médical de jour* vient compléter l'organisation déjà existante avec stationnement : Hôtel-Dieu-Necker-Marmottan, de 8 heures à 20 heures.

L'usage de ces taxis de nuit, comme de jour, sera réservé aux seuls médecins. Ces derniers devront justifier, auprès du conducteur, de leur identité et de l'utilisation de la voiture par la remise d'une attestation établie sur papier à entête du médecin et signée par lui, désignant l'heure, le but et la durée de la course. Ce service commencera effectivement le mardi 17 à 8 heures.

Le Conseil de l'Ordre rappelle que ce service com-

plète celui déjà organisé par la Slota, 8, rue de la Cavalerie, destiné au Corps médical et aux malades.

IV

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins informe les confrères qu'il s'est occupé de faciliter l'achat de vélomoteurs neufs aux médecins.

Il conseille à tous ceux qui désirent s'en rendre acquéreurs de bien vouloir l'en aviser par lettre : 242, boulevard Saint-Germain (VIIe), en indiquant le type et la marque préférés ce dont il sera tenu compte dans la mesure du possible.

LE CONSEIL DE L'ORDRE.

Conseil Départemental des Alpes-Maritimes

Le Docteur Houssiaux, de Cannes, dont nous avions publié le nom comme membre nouvellement désigné du Conseil départemental nous fait savoir qu'il n'a pas accepté cette fonction.

Conseil Départemental du Finistère

CIRCULAIRE AUX MÉDECINS DU FINISTERE

(Extraits)

Mes chers Confrères,

Après une année de fonctionnement, le Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Finistère, est démissionnaire. Cette nouvelle ne vous aura pas surpris, plusieurs d'entre vous s'étonnaient en effet de notre patience.

Il convient qu'à tous soient exposés les faits qui motivèrent notre détermination.

Ausweiss

Le 30 juillet dernier, une délégation du Conseil départemental de l'Ordre s'était rendue à la Préfecture pour régler la distribution des carburants entre les médecins. Il en résulta un protocole, dont un alinéa disait : « le Conseil de l'Ordre s'engage à examiner les restrictions nécessaires au point de vue circulation, par la suppression d'ausweiss ».

Le 18 septembre, la Commission départementale de révision des ausweiss se réunissait et décidait que le nombre des voitures médicales était fixé à 191.

De cette réunion, nous ne fûmes pas avisés, l'omission était voulue.

A cette réunion, où d'autres professions étaient représentées, où seule, la voix d'un commerçant se fit entendre pour protester contre la suppression des ausweiss médicaux, nous aurions fait valoir que les médecins des autres départements bretons gardaient tous leurs ausweiss.

....

Au reçu de la lettre préfectorale nous imposant réduction des ausweiss à 191, et nous demandant d'en indiquer les bénéficiaires, nous avons estimé qu'il y avait rupture du protocole de juillet, — et par lettre du 15 septembre, la Préfecture fut avisée que le Conseil départemental refusait de participer à cette réduction.

La liste des ausweiss parut donc au début d'octobre sans notre participation. Elle était invraisemblable.

Parmi les bénéficiaires se trouvaient des confrères qui avaient quitté le département, qui n'exerçaient plus, qui n'étaient pas inscrits au tableau, qui villégiaturaient sur nos côtes.

Parmi les victimes se trouvaient des confrères hautement qualifiés par leur situation et leur passé professionnel, — les ruraux surtout étaient atteints.

L'émoi fut grand et justifié. Dès les premiers jours d'octobre, nous proposâmes les modifications qui

s'imposaient. Et nous reçumes l'assurance verbale, puis écrite, que nos propositions seraient immédiatement effectives. Le 15 octobre à la demande de Monsieur le Préfet lui-même, une liste par priorité fut établie, que le service de la circulation devait accepter et appliquer. Et nous attendîmes, — mais en vain.

Les protestataires se virent éconduits successivement du Service de la Santé au Service de la Circulation, puis aux Ponts-et-Chaussées.

Leit-motiv sans variante : « la faute est à l'Ordre ».

Par lettre du 12 novembre seulement, le Directeur de la Circulation voulut bien nous soumettre la liste d'ausweiss médicaux, nous demandant nos propositions de mutations, sous réserve de rester dans la limite des 191 ausweiss. Le Conseil départemental se réunit immédiatement et le 14 novembre proposait les mutations demandées. Elles ne furent jamais faites.

Durant trois mois, les efforts du Conseil de l'Ordre pour faire attribuer à des confrères ruraux, des plus qualifiés à tous points de vue, les ausweiss de médecins qui n'avaient aucun titre à en posséder, ou qui en avaient moins, demeurèrent inutiles.

Est-il excessif de dire qu'il y a un « scandale de la Préfecture » ?

Essence

En octobre, confiant en l'assurance donnée, l'essence fut répartie entre les médecins proposés pour ausweiss par le Conseil. Plus tard, nous apprîmes, que plainte avait été adressée au Répartiteur général de l'essence à Paris, lequel demanda explication au Conseil supérieur de l'Ordre. A l'appui de la plainte, on fournissait une liste de médecins qui, sans ausweiss avaient reçu de l'essence, — liste erronée, car la moitié avait ausweiss, les autres étaient des ruraux, — il fut répondu au Conseil supérieur qu'à ceux-ci nous donnions en effet de l'essence, parce qu'ils en avaient besoin pour les malades, et que nous refusions d'en livrer à d'autres qui n'exerçaient pas. Nous avons lieu de croire que le cours de la plainte est arrêté.

En novembre, voulant tenir compte de l'admonestation, et ne possédant toujours pas la liste officielle des ausweiss, nous étions embarrassés pour répartir l'essence. Nous demandâmes l'avis du Service de la Santé qui nous suggéra d'adopter la seule liste officielle connue, celle qui avait cours en septembre.

Lorsque le 12 novembre, nous reçumes enfin la liste officielle des ausweiss, avec ordre écrit de ne pas nous en écarter, nous nous proposâmes d'abord de l'utiliser strictement pour la répartition d'essence de décembre. Mais, à la réflexion, nous la trouvâmes tellement insensée pour certains noms, que nous avons pris sur nous de ne pas en tenir un compte rigoureux.

Le Conseil supérieur de l'Ordre ayant pris sur lui de répartir l'essence médicale entre les divers départements, il advint que le lot attribué au Finistère comportait une réduction très forte sur les attributions antérieures : près de la moitié moins. On nous avisait que les Préfets auraient latitude, s'ils le jugeaient convenable, d'augmenter le lot.

Ce fut fait en Loire-Inférieure où les médecins perçurent un supplément de 5.000 litres, dans le Morbihan où le supplément fut de 3.000 litres. Nous autorisant de cette disposition indiquée par la Circulaire du Répartiteur général de l'essence, nous demandâmes au Préfet un identique redressement. Nous ne reçumes aucune réponse.

Sur le lot attribué par le Conseil supérieur au service médical du département, une réserve de 20 % était prélevée par la Préfecture. Or, les lettres du Conseil supérieur précisaient que le lot devait nous

être attribué en son entier. Nous demandâmes à la Préfecture la raison d'une telle retenue. Pas de réponse. Nous en référâmes au Conseil supérieur et au Directeur régional de la Santé. Il en résulta que le 29 décembre, nous reçûmes les 20 % retenus en décembre. Mais que sont devenus les 20 % retenus en novembre ? Nous les attendons encore.

Huile

Pour l'huile, un simple fait révélateur :

En novembre, les médecins ne reçurent pas un litre d'huile pour leur auto. Retenue absolument arbitraire et injustifiée. Nos réclamations près des divers échelons administratifs sont demeurées vaines.

Charbon

. . . .

Telles ont été nos difficultés avec les services préfectoraux. Elles impliquent une patente hostilité. »

. . . .

Le Président : Docteur PHILIPPON. *Le Secrétaire* : Docteur VOURCH.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales agricoles

Décret du 17 *mars* 1942

L'assuré immatriculé depuis moins de six mois, n'est tenu de justifier pour pouvoir bénéficier des prestations, que des retenues correspondant aux journées de travail qu'il a accomplies depuis son immatriculation et ce, sur production d'un certificat de son employeur.

Pendant la période d'interruption de travail pour cause de maladie ou de maternité, le bénéfice des Allocations familiales est accordé aux assurés sociaux agricoles.

Ces derniers sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité des Caisses pour le cas d'accouchement et dans les autres cas avec diminution du ticket modérateur de 20 %.

Enfin, par simple décision du Conseil d'administration de la Caisse, une indemnité journalière de 12 francs peut être allouée en cas de cessation de travail pour cause de maladie ou de maternité aux assurés sociaux dont la rémunération annuelle n'excède pas 12.000 francs. (*J. O*, 13 mars 1942.)

Avortements. — *Loi du* 15 *février* 1942

Toute personne s'étant rendue coupable de manœuvres abortives ou contre laquelle il existe des présomptions graves, pourra être l'objet d'un internement administratif ou sera déférée devant le Tribunal d'Etat. (*J. O.*, 7 mars 1942.)

Hôpitaux et hospices

Décret du 23 *mars* 1942

Sont nommés membres de la Commission des hôpitaux et hospices :

M. Roussel (Jean-Marie), conseiller d'Etat.

M. Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur.

M. Devillez, directeur des Assurances sociales.

M. Cholet, président de la Fédération des Unions hospitalières de France.

M. le Docteur Nédelec, membre du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

M. Marchandeau, président de l'Association des maires de France.



M. Codvelle, directeur de la Santé.
M. Deprun, inspecteur général de la Santé et de l'Assistance.
M. le Directeur du budget au ministère de l'Economie nationale et des Finances.
M. le Directeur des services d'architecture.

Cette Commission prévue par l'article 31 de la loi du 21 décembre 1941 doit être consultée à l'occasion de la création, de l'agrandissement, de la transformation ou de la suppression des hôpitaux et hospices.

(*J. O.*, 26 février 1942).

Médecins assermentés
Décret du 5 *mars* 1942

Un décret du 5 mars 1942, modifiant le décret du 10 décembre 1929 relatif aux congés de longue durée pour tuberculose, décide que le fonctionnaire devra subir une contre-visite par *un médecin phtisiologue figurant sur la liste d'agrément établie par le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé sur avis du Comité consultatif d'hygiène de France.*

Le nombre des médecins phtisiologues agréés est calculé pour chaque département en tenant compte du chiffre de la population et de la situation géographique du chef-lieu.

Le médecin phtisiologue, appelé à examiner quelqu'un dont il est le médecin traitant, est tenu de se récuser.

(*J. O.*, 14 mars 1942.)

Propharmacie. *Loi du* 21 *mars* 1942

La loi du 11 septembre 1941 portant statut de la pharmacie, accordait aux médecins propharmaciens un délai de six mois pour solliciter du préfet de leur département l'autorisation de continuer à vendre des médicaments à leurs clients.

Ce délai venait à expiration le 22 mars dernier. La loi du 21 mars 1942 a reporté l'expiration de ce délai au 22 juin 1942.

La même prorogation s'applique au dépôt des demandes de visa des spécialités pharmaceutiques.

(*J. O.*, 24 mars 1942).

Soins aux pensionnés de guerre
Loi du 8 *février* 1942

L'article 64 de la loi du 31 mars 1942 a subi quelques modifications dont les suivantes :

....

« A. — *Soins au domicile.* — Les bénéficiaires inscrits sur les listes spéciales ont droit au libre choix du médecin, du chirurgien et du pharmacien *parmi les praticiens agréés par le Ministre* chargé du secrétariat général des anciens combattants d'accord, avec le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. . .

« Sauf dans les localités où il n'existe pas de pharmacien, les praticiens exerçant à la fois la médecine et la pharmacie ne sont admis à présenter que des mémoires pharmaceutiques ou des mémoires médicaux.

« B. — *Soins hospitaliers.* — Si l'hospitalisation est reconnue nécessaire, les malades peuvent être admis, à leur choix, soit dans les salles militaires ou civiles des hôpitaux de leur ressort, et, s'il y a lieu, dans les sanatoriums publics, soit dans les établissements privés agréés par le Ministre chargé du Secrétariat général des anciens combattants.

« A l'hôpital public et au sanatorium public, l'Etat paye les frais de séjour au tarif des salles militaires ou civiles de cet hôpital ou de ce sanatorium ; à l'établissement privé, l'Etat paye les frais au tarif des salles civiles de l'hôpital public ou du sanatorium public le plus voisin de cet établissement.

....

(*J. O.* du 19 mars 1942.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

LE CONSEIL SUPÉRIEUR S'EST TRANSFORMÉ. — CARNET À SOUCHES. — LA DÉMISSION DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DU FINISTERE. — SUR L'ORDRE DES VÉTÉRINAIRES. — DEDUCTION DES IMPÔTS ET DÉCLARATION. — DICHOTOMIE. — ALLOCATIONS FAMILIALES ET SURCOMPENSATION.

Le Conseil supérieur de l'Ordre a changé d'atmosphère.

On y accueille aimablement les confrères. On les y renseigne avec documentation à l'appui, on écoute leurs doléances en s'efforçant d'y porter remède lorsqu'elles sont justifiées.

Bref, on y est à l'aise. On est entre Confrères, on ne comparaît plus devant des censeurs implacables.

La coterie, le mystère sont bannis de la maison. Les circulaires ne sont même plus « strictement réservées aux Présidents et Secrétaires des Conseils départementaux » suivant la formule due à la plume inquiète d'un ombrageux Secrétaire administratif.

Nous nous félicitons de ce changement.

Les nouveaux membres du Conseil supérieur et son Secrétaire général, le Docteur LAURENT notamment, ont compris qu'il était nécessaire de renouveler l'air et les méthodes de la maison.

Les médecins leur en sont reconnaissants.

***

Les aménagements de la Loi de finances, obtenus par le ministre de la Santé publique, ont réduit à peu de chose, l'emploi du carnet à souches et l'obligation de délivrer des reçus.

En effet, en sont exempts :

— les honoraires reçus en matière d'Assurances sociales, d'accidents du travail, d'A. M. G., de soins aux pensionnés de guerre ;

— les paiements faits par les Compagnies d'assurances, les administrations publiques ou privées ;

— les règlements effectués par chèques bancaires, chèques postaux ou mandats.

Ne donnent donc lieu à la délivrance de reçus que les quelques cas dans lesquels, en clientèle courante, le médecin reçoit ses honoraires immédiatement et *en espèces*.

Les protestations du Corps médical ont cette fois-ci abouti à un résultat tangible.

***

Nous avons donné, sous notre rubrique « Ordre des médecins », des extraits de la Circulaire si digne et si mesurée, adressée par le Conseil du Finistère à tous les médecins du département, et dans laquelle le Conseil départemental faisait savoir qu'il avait remis au Préfet et au Conseil supérieur de l'Ordre, la démission collective de tous ses membres.

Un tel geste a une portée qui n'échappera pas à nos lecteurs. Puisse-t-elle ne pas être méconnue en haut lieu.

Devant ce qu'il faut bien appeler un complot contre la médecine libérale, certains de ceux qui ont été désignés comme bergers refusent de faire plus longtemps le jeu du loup, en endossant la responsabilité de mesures prises, soit à leur insu, soit contre leur gré.

Voir la suite page XVIII-425

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

❖ ❖

LA MÉDECINE EST-ELLE TOUJOURS UNE PROFESSION LIBÉRALE ?

LES ÉTAPES QU'A PARCOURUES LA PROFESSION MÉDICALE JUSQU'A NOS JOURS

D'abord qu'est-ce qu'une profession libérale ? Si l'on admet la définition de *Larousse*, c'est « une profession dans laquelle l'intelligence a plus de part que la main », la médecine (en faisant quelques réserves pour la chirurgie et certaines spécialités) est ainsi et restera toujours une profession libérale. Mais à notre époque, on a une toute autre conception de la profession libérale ; on la dote d'une certaine liberté qui dépend uniquement de la volonté et de la conscience de celui qui l'exerce.

Les actes professionnels de ce dernier ne sont soumis à aucun règlement en dehors des lois banales qu'impose la probité.

Or, en est-il ainsi actuellement de la profession médicale ? Les lois et les règlements qui, chaque jour limitent de plus en plus son indépendance, tendent progressivement à lui faire perdre le caractère de profession libérale. Du reste ce caractère ne fut que passagèrement le privilège de l'exercice de la médecine et il est intéressant à ce sujet de considérer les différentes étapes que cet exercice a parcourues jusqu'à nos jours.

L'art de soigner les malades fit partie à l'origine de l'humanité, de la magie.

A cette *étape magique* qui laissa une survivance tenace que nous pouvons constater même de nos jours, succéda l'*étape sacerdotale* qui régna pendant toute l'époque gréco-romaine et le moyen-âge.

Sans perdre son caractère sacerdotal, la médecine s'adjoignit avec les Asclépiades, Hippocrate, Aristote Galien, etc., quelques connaissances scientifiques. Durant tout le moyen-âge, les médecins furent des clercs ; rappelons que jusqu'en 1452, le célibat leur était imposé.

Néanmoins les médecins conservèrent en France pendant l'ancien régime, un caractère sacerdotal mitigé. Ainsi la Faculté de médecine de Paris faisait partie de l'Université et il suffit de parcourir les statuts de la Faculté pour constater la place que les exercices religieux tenaient dans les actes de cette Faculté qui était alors une véritable corporation médicale. Ce fut l'*étape étroitement corporative.*

La Révolution, en 1792, fit table rase. L'exercice de la médecine absolument libre arrive à une *étape anarchique* qui, pendant quelques années, donna lieu à de tels abus, que le Gouvernement en l'an III (1794) et en l'an IV par une loi et des règlements, organisa l'enseignement de la médecine et créa des officiers de santé, destinés surtout aux armées.

L'exercice de la médecine entra dans l'*étape libérale absolue*. On ne tarda pas à s'apercevoir des dangers que faisait courir aux malades cette situation. La loi du 19 ventose, an XI (10 mars 1803) vint mettre un terme à cette liberté effrénée, créant deux ordres de médecins, les docteurs jouissant de tous les privilèges d'une profession absolument libérale et les officiers de santé, assez limités dans leur libre exercice (interdiction de pratiquer des opérations chirurgicales, et d'exercer en dehors de leur département).

Pour les docteurs en médecine, c'était l'*étape de la profession libérale*. Ils ne s'en montrèrent guère satisfaits si l'on en croit les récriminations au Congrès médical de 1845. Ils se plaignaient de leur isolement individuel qui les mettait à la merci des intérêts opposés aux leurs. Ni la création par Orfila de l'Association des médecins de la Seine (1833), ni celle de l'Association générale des médecins de France (1858) ne suffirent à remédier à cette situation.

La loi du 30 novembre 1892 réorganisa l'exercice de la médecine en supprimant les officiers de santé et en donnant une existence légale aux Syndicats médicaux, créés déjà depuis dix ans. La profession médicale entrait dans l'étape que nous qualifierons d'*étape syndicale*.

Dès lors, les lois sociales se multiplièrent : A la protection de l'enfance, à la Mutualité, à l'Assistance médicale gratuite se sont ajoutés les accidents du travail, les maladies professionnelles, les accidents agricoles, les soins gratuits à donner aux pensionnés de guerre, l'inspection médicale des écoles, les Assurances sociales, la protection de la Santé publique, etc., etc., toutes mesures, excellentes en théorie, mais qui, dans la pratique, exigent la collaboration du médecin et font perdre progressivement à la profession médicale son caractère libéral.

Avec la Révolution nationale, la médecine a franchi l'*étape de l'Ordre des médecins* qui a été substitué aux Syndicats. Avec les obligations nouvelles qui sont imposées aux praticiens, qui oserait prétendre que la médecine peut être considérée encore comme une profession libérale au sens large de cette expression ? Le médecin s'il n'est pas complètement salarié, ni complètement fonctionnarisé, est à demi-salarié et à demi-fonctionnaire et la tendance actuelle ne paraît pas en faveur de sa libération.

J. Noir.

CE QUE LE MÉDECIN PRATICIEN DÉSIRE ET POURQUOI IL LE RÉCLAME

Par le Docteur Fernand Decourt

En certains milieux — toujours les mêmes: Administration, Mutualité, Assurances sociales, etc... — on se plaint des « exigences » et des « revendications » incessantes des médecins praticiens qui devraient bien, tout d'abord, commencer par réformer leur propre mentalité et (ajoutent même certains) leurs agissements parfois regrettables ... Sans insister sur le mal-fondé de semblables propos, il apparaît intéressant d'examiner quel est, en somme, l'ensemble de ce que le praticien désire, au point de vue de l'exercice journalier de la médecine et pourquoi il y tient aussi fermement.

Et d'abord, qu'est exactement le médecin ? Par définition (médecin) c'est celui qui soigne, qui guérit — ou, tout au moins, qui doit s'efforcer de guérir son malade par tous les moyens que lui suggère son habileté professionnelle, en mettant, en pratique TOUT ce qu'il pense pouvoir servir à la guérison ou, plus modestement, à l'amélioration de la santé des malades. C'est donc un homme qui a choisi une profession libérale, dans laquelle il doit rester *libre de ses actions* dont — sauf déficience patente et faute grave — il n'a à répondre que devant sa conscience.

Mais, nous objecte-t-on, le temps est passé de cette médecine uniquement *individuelle* où le médecin et le malade se trouvent seuls en présence l'un de l'autre. Par suite de l'extension de la médecine *sociale*, avec ses tiers payants — directs ou indirects — la liberté morale du médecin s'est trouvée diminuée, et même, en certains cas et en certains pays, anéantie en majeure partie, alors que la médecine y est réduite à une sorte de « fonctionnarisme », incompatible aux yeux des praticiens avec l'exercice normal et sain de la médecine.

Cette fonctionnarisation du médecin serait-elle un bien pour les malades ? S'il en était ainsi, nous n'aurions pas le droit de nous insurger contre elle. L'intérêt du malade avant tout. Mais l'expérience a montré qu'il était loin d'en être ainsi. Des exemples de « médecine de fonctionnaire » avec multiples consultations réduites à de simples distributions de médicaments anodins et « certificats de maladie » remis à la hâte comme à un guichet, nous ont amplement prouvé que ce n'est plus là qu'une parodie de médecine ...

Qu'on ne vienne pas en faire grief au praticien lui-même. Ce n'est pas lui qui a créé un tel état de chose alors qu'il est obligé de voir un nombre stupéfiant de malades, par heure, pour satisfaire à la besogne qui lui est demandée. Ce ne sont même pas les lois sociales elles-mêmes, en tant que telles, qui sont causes de ces déplorables agissements, mais l'application abusive qui en a été faite, en embrigadant le médecin, en certains pays, comme un simple employé, au lieu de lui laisser son beau rôle — et son indispensable liberté d'action.

Est-ce à dire que nous réclamons une liberté totale pouvant même, en certains cas, dégénérer en licence? Nullement. Les Conseils de l'Ordre des médecins n'ont-ils pas, pour premier devoir, de *maintenir le niveau moral* de la profession ? Ce sont des organismes « nouveaux nés », évidemment, mais on ne les a pas attendus pour ce « maintien » : les Syndicats médicaux ont toujours « maintenu » fermement les mêmes préceptes. Les nombreux Conseils de famille nationaux dont je fus membre, ainsi que ceux départementaux que j'eus l'honneur de présider, me donnent le droit d'affirmer que tout confrère défaillant fut équitablement frappé, suivant l'importance des fautes commises.

C'est *obligatoirement*, légalement, que passait devant le Conseil de famille syndical tout médecin — syndiqué ou non — accusé d'avoir commis une faute, en matière de soins donnés aux assurés sociaux — lesquels constituaient souvent 80 % environ de la clientèle du médecin défaillant. Sans compter qu'une punition grave entraînait parfois une répercussion sur les soins donnés aux malades d'Assistance médicale gratuite et aux pensionnés de guerre.

***

Si la profession organisée a pour devoir de maintenir le niveau *moral* du médecin, on lui accordera bien, comme corollaire, celui d'en maintenir également le niveau *matériel*. Oui certes ! celui-ci est bien le corollaire de celui-là. « La faim est mauvaise conseillère » dit le proverbe. Une situation matérielle insuffisante est une des causes — la plus grande peut être — des « glissements de conscience » que nous avons eu parfois à déplorer chez certains confrères. Il est donc bien du devoir des « dirigeants » du Corps médical de s'occuper, en certains cas et devant certains tiers payants, des honoraires consentis aux médecins et de veiller à ce que ces honoraires correspondent au service rendu, lors de telle intervention médicale, ainsi qu'à l'importance technique de celle-ci et de la responsabilité morale — et parfois matérielle — encourue par le praticien. Il y a là toute une série de facteurs qui conditionnent les honoraires médicaux et c'est à des médecins, et non à des « profanes » si l'on peut dire, qu'il appartient d'estimer, de doser et de juger le montant des honoraires légitimement dus.

Nous avons vu plus haut que le Corps médical organisé réclame la « liberté d'action » du médecin, au cours de l'exercice journalier de la médecine : liberté surveillée, pour ainsi dire, par les organismes professionnels eux-mêmes, avec sanctions éventuelles en cas d'abus démontrés. Mais ce n'est pas seulement, pour le médecin que nous réclamons cette liberté d'action, c'est également pour les malades eux-mêmes. Ils doivent avoir le droit, pensons-nous, de *choisir* le médecin, auquel ils veulent confier le soin de leur santé. Pas de médecin imposé par une administration ! Même pour le Tiers-payant, un malade n'est pas un pion sur l'échiquier administratif, mais un être pensant et souffrant, envers lequel certains égards sont dûs. Le premier de tous les droits en pareille matière, doit être, suivant le beau mot de NOIR, la « *liberté de confiance* » donc le « libre choix » de son médecin. Qui oserait faire grief au Corps médical de réclamer cette liberté non pour lui, cette fois, mais pour les malades eux-mêmes ?

Il en est de même du *secret professionnel*, farouchement défendu par le Corps médical français, alors qu'il est de plus en plus battu en brèche en certains milieux. Est-ce pour le médecin ou pour le malade que combat le Corps médical, en l'espèce ? N'est-ce pas pour défendre ce que celui-ci considère comme le droit sacré de toute personne qui s'est confiée à un médecin, d'être assurée que ses tares personnelles ou familiales, qu'elles soient physiques ou morales, seront confiées au médecin, comme elles le seraient à un prêtre, au confessionnal ?... Dans l'intérêt de la santé publique, nous avons admis la loi concernant la déclaration des maladies contagieuses, lesquelles, le plus souvent sont d'ailleurs des infections aiguës dont la divulgation n'entraîne guère de préjudice moral pour le malade puisqu'il ne s'agit plus, d'ordinaire, de « tares » personnelles mais « d'accidents », pouvant survenir soudain à quiconque.

Il est encore d'autres « revendications ». Ce sont celles, par exemple, concernant la modalité même des soins que nous aurons à apporter en médecine sociale. Nous voulons que nos malades reçoivent les secours de la Science médicale dans les meilleures conditions possibles, au point de vue matériel. Dans ce but, nous voulons pouvoir les faire profiter de tous les médicaments nécessaires, d'où cette « *liberté de prescription* » que nous réclamons formellement — là encore, non en vue de nos intérêts propres — mais de ceux de nos malades eux-mêmes.

Il est bien entendu, d'ailleurs, que, en cet ordre d'idées encore, liberté n'est pas licence. En cas de Tiers-payant, le malade ne saurait réclamer ce qu'on appelle des médicaments « de luxe », c'est-à-dire ceux remplaçables comme action, leur base active se retrouvant aisément sous des formes moins onéreuses et aboutissant au même but.

Est-il besoin de continuer ainsi la liste de nos principales revendications ? On les trouvera résumées dans la « CHARTE MÉDICALE » établie par les Syndicats médicaux et que l'on reconnaît évidemment, sous une forme ou sous une autre, dans les écrits des Conseils de l'Ordre et, en particulier, dans le Code de déontologie dressé par le Conseil national, lequel Code n'est, lui aussi — et c'est bien naturel — qu'une sorte d'édition nouvelle de ce qui avait été déjà établi auparavant.

Nous n'avons fait ici que donner quelques exemples pour démontrer l'injustice des reproches faits

trop souvent au Corps médical par certaines collectivités... On a pu voir, en somme, que nos « revendications » sont toutes basées sur le même idéal : *permettre à notre profession de donner le maximum de son action pour rendre le maximum de ses effets bienfaisants.*

Aussi sommes-nous prêts à lutter de toutes nos forces — lorsque la situation générale sera enfin stabilisée — pour nous faire écouter, dans le besoin que nous ressentons tous de *défendre nos droits pour pouvoir mieux remplir nos devoirs.*

LE NOUVEAU RÉGIME DES SOINS AUX PENSIONNÉS DE GUERRE

OU

VERS LA SUPRESSION PROGRESSIVE DU LIBRE-CHOIX ?

De récentes informations de presse nous annonçaient qu'une réforme législative allait faire bénéficier les pensionnés des soins médicaux gratuits. Cette importante innovation qui date de 1919 n'avait pas été sans nous émouvoir et nous craignions, forts de l'expérience des Assurances sociales, qu'elle constitue une nouvelle et fâcheuse surprise. Notre attente n'a pas été déçue ; cette fois ce n'est point l'entente directe, mais *le libre choix* que la loi du 8 février 1942 (*J. O.*, 19 mars 1942) vient purement et simplement *supprimer en matière de soins aux pensionnés de guerre.*

Quelques mots d'historique ne nous paraissent point inutiles devant cette singulière réforme que rien ne justifie et qui est l'unique objet d'une loi qu'on nous présente par ailleurs sous l'aspect d'une mesure généreuse et sociale.

Le principe de la gratuité des soins médicaux pour les pensionnés et victimes de la guerre fut posé par l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919. Dès sa rédaction primitive, ledit article prévoyait sans discussion le libre choix du médecin, en le limitant par une incertitude de rédaction aux seules visites et consultations. Les lacunes originelles de l'art. 64 ayant suscité, en matière notamment de tarif et de contrôle, de graves difficultés entre le Gouvernement et l'Union des Syndicats, une réforme fut mise sur le chantier qui aboutit à la loi du 21 juillet 1922.

Au cours des débats devant la Chambre, les rapporteurs (1) déclarèrent que « *le vœu du législateur avait été de faire une loi de juste reconnaissance et de grande libéralité, et que le droit pour le pensionné de choisir son praticien, puisse s'exercer tout à fait librement* » — que l'on comprenait très bien «les *préoccupations des mutilés réclamant la liberté de choix du chirurgien ou même de l'établissement où ils devaient être soignés* ».

Le Sénat, jouant son rôle pondérateur et craignant certains abus, proposa de limiter la liberté de choix en matière d'établissements de soins, à ceux qui seraient agréés par les Commissions départementales. Après navette entre les deux Chambres, l'accord s'établit le 8 juillet 1922 sur le texte définitif constituant l'art. 64 actuel.

Depuis lors, l'application de ce régime n'a donné lieu qu'à des difficultés de contrôle ; les abus par ailleurs ne furent pas seulement le fait des médecins, et la censure du Conseil d'Etat eut, à maintes reprises à s'exercer sur la jurisprudence fantaisiste de la Commission Supérieure.

Poussé sans doute par des préoccupations plus financières que sociales, le législateur de 1942, moins généreux que celui de 1919, n'accorde au pensionné le droit de choisir son médecin ou son chirurgien que *parmi les praticiens agréés par le ministre des Pensions en accord avec celui de la Santé.* Les établissements privés seront désormais agréés, non plus comme autrefois par les Commissions tripartites, où le Corps médical avait un représentant, mais par le seul ministre des Pensions.

Reprenant par ailleurs dans son ensemble le régime de l'art. 64, la loi nouvelle annonce une série de décrets *réformant le fonctionnement et les attributions des commissions de contrôle,* et fixant (en hausse, nous voulons bien l'espérer !) un *nouveau tarif* des actes médicaux et chirurgicaux et des frais de déplacement. D'ores et déjà, notons que l'*Ordre est substitué* purement et simplement *aux Syndicats,* au sein de ces Commissions, leurs décisions ne peuvent être attaquées devant le Conseil d'Etat que dans la forme du recours pour excès de pouvoir ; elles peuvent prononcer des peines d'exclusions définitives ou à temps, s'étendant automatiquement, en vertu du décret du 9 juin 1934, à toute la médecine sociale, Assurances Sociales comprises.

Notons en premier une critique mineure, revêtant à nos yeux une importance symbolique : la loi n'a pas jugé opportun, comme elle eut pu le faire, comme nous le souhaitions, de se référer purement et simplement quant au contrôle, à la loi du 7 octobre sur l'Ordre des médecins.

A quoi bon cependant créer un Ordre, dont on proclame l'indépendance, si chaque loi de médecine sociale lui retire en détail le pouvoir juridictionnel qu'on lui attribuait en principe ?

Le contrôle professionnel doit être *unique,* comme la déontologie, la morale elle-même. Ce n'est point à des organes mixtes, dont la jurisprudence s'opposera fatalement à celle du Conseil supérieur, mais bien à l'Ordre lui-même et à ses Conseils qu'un gouvernement corporatiste eut dû confier les pouvoirs redoutables de contrôle et de sanction.

Sur le plan général, priver le pensionné du libre choix du praticien pourrait motiver de féroces critiques que nous nous abstiendrons de faire, n'étant pas qualifiés. Ce qui, par contre, nous incombe, est de faire ressortir l'injustice sociale ainsi commise à l'égard de l'ensemble des praticiens.

Il est à peine besoin de dire quelle était l'importance dans les revenus du praticien, des honoraires touchés au titre de l'art. 64 et quelle gravité revêtira pour lui l'exclusion de principe de ce service, sorte de sanction collective absolument imméritée.

On sait par ailleurs que, dans les Assurances sociales, le libre choix est lui aussi, en fait comme en droit, extrêmement menacé (projet de listes de médecins agréés, développement des dispensaires de Caisses). C'est donc avec une certaine angoisse que l'on se demande, devant la généralisation progressive tant de l'agrément que de la médecine sociale, quelle sorte de client pourra bien soigner dans quelques années le praticien *non agréé.*

Deux classes de médecins de valeurs et de droits différents, vont ainsi peu à peu se créer. Une telle scission dépréciant le titre et la fonction, est en tout point contraire à l'idée d'unité, base même de la doctrine corporative. Cette indispensable unité, pour être maintenue, exige que tout praticien dont la science est garantie par son diplôme et la moralité par l'Ordre, ait le pouvoir d'exercer *dans toute son ampleur et dans tous les domaines* sa mission de médecin au sein de la communauté.

Jean MIGNON.

---

(1) MM. RICOLFI et DUFOS DE RAU. — Séance du 28 mars 1922.

LES MÉDECINS AGRÉÉS REMPLACENT LES MÉDECINS ASSERMENTÉS

Nous avons résumé dans notre rubrique « A travers l'*Officiel* » le décret du 5 mars 1942.

Un pas est fait vers la solution de la vieille question des médecins assermentés. Faut-il chanter victoire ? Pas encore, car nous verrons qu'il reste de la besogne à accomplir.

Soulignons tout de suite les points sur lesquels il y a lieu d'approuver le législateur :

1° Substitution du titre « médecin agréé » au titre « médecin assermenté ». Simple modification de terminologie, dira-t-on. Quand ce ne serait que cela, il faudrait encore s'en féliciter, car, pour la clientèle, il n'y aura plus parmi les médecins *les assermentés* dont les certificats ont pleine valeur et les autres dont les certificats sont sujets à caution, parce qu'ils n'ont pas prêté serment Le critérium de la distinction sera maintenant le choix de l'administration : plus de franchise, moins de prestige.

2° Fixation de modalités précises pour la désignation de ces médecins, alors que le recrutement des médecins assermentés était autrefois laissé à l'arbitraire le plus complet de chaque administration intéressée ;

3° Le médecin phtisiologue est tenu de se récuser quand il est appelé à examiner quelqu'un dont il est le médecin traitant. Les défenseurs du secret professionnel ont donc gain de cause sur ce point très important.

Ces réformes que nous avions encore demandées ici même il y a peu de temps (*Concours médical*, 21 octobre 1941), étaient utiles et doivent être accueillies avec satisfaction.

Pourquoi faut-il cependant qu'il y ait encore quelques ombres au tableau pour les perpétuels insatisfaits que nous sommes ?

La réforme intervenue n'est que partielle. Seul le décret du 10 décembre 1929 est modifié. Deux textes prévoient encore le recours au ministère du médecin assermenté, pour ne parler que des textes qui sont encore en vigueur : la loi du 14 avril 1924 et le décret du 3 juillet 1941. Pourquoi n'avoir procédé que par un décret fragmentaire et n'avoir pas mis sur pied une réforme d'ensemble du régime des médecins assermentés ? Souhaitons que rapidement une loi voit le jour dans ce but.

Enfin et surtout, il faut regretter que le décret du 6 mars 1942, en créant ces médecins agréés, crée en même temps une nouvelle catégorie de « sur-médecins ». Ceux-ci seront en effet désignés sur une liste établie par le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé sur avis du Comité consultatif d'hygiène de France. Tout dépend évidemment des conditions dans lesquelles sera dressée cette liste, mais est-il bien sûr qu'il sera tenu suffisamment compte de la compétence professionnelle ? Le choix du Ministre ne se portera-t-il pas plutôt sur des médecins que, pour une raison ou une autre, il pourra penser avoir bien en mains ?

Combien le système préconisé par l'ex-Confédération des Syndicats médicaux français présentait plus de souplesse et de sécurité à la fois pour le Corps médical et pour les diverses administrations.

Médecins agréés pour pensionnés de guerre, médecins agréés pour fonctionnaires... deux nouvelles castes de médecins. Il faut souhaiter ardemment, pour l'avenir de la profession, que nous en restions là.

P. D.

POUR UNE POLITIQUE CONSTRUCTIVE D'HYGIÈNE : LE CASIER SANITAIRE

par Albert DANIEL

Membre de l'Union internationale des villes et pouvoirs locaux

Voici le début de la quarantième année d'existence de la loi organique sur la santé publique : 15 février 1902.

Quelle joie éprouverait Juillerat, le regretté créateur du « Casier sanitaire » — arme essentielle dans la lutte contre l'insalubrité — s'il savait qu'à l'occasion de cet anniversaire son effort était rappelé, commenté et proposé en exemple à ceux qui doivent, selon la formule du Docteur Serge Huard, secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, saisir « la *nécessité d'une politique sanitaire énergique et constructive* », car, « si l'heure est grave dans tous les domaines pour la France », « elle l'est encore plus peut-être pour la santé et l'avenir physique de la nation ».

Le taudis se définit : « une *habitation conçue, exécutée* ou *entretenue* de telle sorte que *la conjonction des nuisances humaines* (homme sain et malade), *animales* (notamment animaux domestiques, insectes, parasites), *domestiques* (foyers de chauffage, cuisine, éclairage) et *carences d'eléments naturels favorables* (air pur et en mouvement, rayons U.-V. du soleil, eau pure) *constitue un facteur essentiel d'affaiblissement du terrain, créant ainsi un état physiologique de pré-maladie ou décidant de la transformation d'un tel état pré-morbide en un état morbide étiqueté, et causant à la longue une modification défavorable du psychisme du ou des occupants.* »

Le problème du taudis est l'aspect négatif du problème de l'habitation salubre, au sujet duquel nous avons énoncé des généralités et principes en un récent article du *Concours* : « L'habitation de demain ». Celle-ci sera « *un moyen de réaliser la santé intégrale* », physique, intellectuelle et morale, nécessaire pour le nouvel essor de la nation française.

La définition scientifique du taudis ayant été proposée, discutée, homologuée, les services publics d'hygiène auront le devoir de dresser la liste de tous les taudis existants ; cette liste, périodiquement révisée, sera d'utilité primordiale pour les urbanistes, architectes, ingénieurs chargés de la mission de « remodeler » les agglomérations urbaines et rurales, ainsi que pour le Corps médical des praticiens.

Pas d'exérèse chirurgicale dans les tissus de nos cités sans que soient connues et précisément délimitées les zones de logements irrémédiablement insalubres.

Très souvent, malgré *l'obligation légale du casier sanitaire* (attribution réglementaire ex-

presse de tous les bureaux municipaux d'hygiène), aucune action urbaine immobilière, urbanistique ou sanitaire fondée sur cette utile institution !

« Hélas ! écrivions-nous récemment, pourquoi l'une des fonctions essentielles de l'hygiéniste : la protection du logis, fut-elle si longtemps négligée, pratiquement méconnue ? Alors que l'hygiéniste devrait travailler côte à côte avec l'urbaniste pour l'établissement des plans d'aménagements et d'extension, alors qu'il devrait guider les chefs des grandes divisions des services publics (eau, assainissement, voirie), alors que son avis motivé et écrit devrait précéder nécessairement le choix du terrain à bâtir, la construction de tout immeuble, la pratique offrait d'innombrables exemples d'exclusion de ces spécialistes chargés de la protection du plus précieux des biens : « la santé ».

Mais l'ordre nouveau considère comme essentielle une politique de l'habitation, en vue des besoins réels de la famille.

On peut définir *le casier sanitaire* : *la carte d'identité* d'un immeuble. Il s'agit *d'identifier* et de décrire, de noter les caractéristiques et de porter toutes les modifications survenues.

Dans une chemise de carton (où mention sera portée du numéro du casier, du lieu, de l'adresse exacte, de la date et du numéro de l'autorisation de voirie, de la date de l'achèvement de l'immeuble, de l'identité du propriétaire, de l'architecte, du principal entrepreneur), des feuilles mobiles où l'on répartira, en les classant, les données du problème : terrain (nature, caractères, perméabilité, pente, couche géologique) ; orientation et durées minimum et maximum de l'insolation ; description de l'immeuble (rez-de-chaussée et étages, disposition des appartements, dimensions) ; fenêtres et portes, aération, chauffage ; installations collectives (de Water-Closet, douches, buanderie, séchoir) ; eau (canalisations, eau potable : nature et origine ; double canalisation, compteur d'eau ou « caisses de division ») — noter l'existence d'un puits, d'une citerne, d'une source et indiquer la profondeur, le débit, le caractère de potabilité ; assainissement (cabinets d'appartements, sièges, chasses, raccord au tout-à-l'égout, à une fosse septique à épurateur bactérien, chimique ou fixe, ou tinette) ; ordures ménagères, etc.

Sur un deuxième feuillet seront mentionnés, sur quadrillé, les décès (avec indication des numéros de la rubrique abrégée) survenus dans l'immeuble depuis 30 ans (si possible), avec, en annexe, toutes précisions utiles sur l'âge, le sexe, etc... Il faudra prévoir, dans le tableau, les vingt années à venir.

Sur un troisième feuillet, les maladies contagieuses et ayant donné lieu aux désinfections

préconisées par le C. S. d'hygiène publique de France (actuellement Comité consultatif d'hygiène), les transports de malades.

Sur une dernière feuille mention sera faite des inspections sanitaires, des enquêtes portant sur la salubrité, l'eau, l'assainissement. Il y sera porté le résultat des analyses d'eau, des examens microscopiques et parasitologiques.

Nous pensons qu'il est utile de classer les immeubles insalubres en *catégories* : les notions de *classement* et de *hiérarchie* paraissent indispensables, au point que nous avons établi un modèle de casier sanitaire pour grande ville, en donnant à la chemise cartonnée une teinte différente selon la plus ou moins grande insalubrité, les extrêmes étant l'immeuble salubre (conception rationnelle + exécution irréprochable + parfait entretien) et le taudis dont la suppression est proposée à l'administration.

Quel sera le critérium de classement des fiches ? le degré de salubrité. Quel but ? conserver en parfait état d'habitabilité, ou assainir, ou démolir. Quels moyens ? Les moyens exacts de la technique la plus moderne.

Ici nous saluons avec grande satisfaction la naissance de l'Institut national d'hygiène, dont le but mérite d'être connu : appliquer dans le domaine de l'hygiène publique les données perpétuellement en évolution de la science ; déterminer des techniques et des méthodes précises pour ensuite les généraliser ; former à ces disciplines ceux qui, dans le pays, auront à organiser et à adapter administrativement les principes de l'hygiène. La création d'un tel organisme est amplement justifiée par l'hiatus qui séparait, au grand dam du progrès social la science sanitaire de la pratique journalière. Et souhaitons qu'une section du logement salubre soit créée au sein de l'Institut national, avec une sous-section du casier sanitaire. C'est actuellement le cinquième bureau de la direction de la Santé au secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé qui est chargé de l'hygiène de l'habitation.

Qui doit fournir les éléments du casier sanitaire ? A voir simplement la liste des nombreuses mentions suggérées ci-dessus, on pourrait redouter qu'il soit nécessaire d'engager au service de l'Etat et des collectivités locales et régionales un innombrable personnel dont l'entretien pèserait lourdement sur des finances déjà anémiées. Nous pensons personnellement que la collaboration entre services publics existants permettra de recruter un minimum de fonctionnaires pour l'élaboration de cet indispensable document.

1° Pour tous les immeubles à construire, le bureau d'hygiène ou l'organisme équivalent est chargé d'un rôle essentiel dans la délivrance du *permis de construire* et du *permis d'habiter* : étude des plans déposés obligatoirement, visite

des lieux, surveillance des travaux. Les inspecteurs des services extérieurs et technique d'hygiène, du service de la voirie, les « piqueurs » des eaux, les enquêteurs de l'assainissement donneront toutes indications utiles.

2° Pour les immeubles existants, une circulaire-type prévoiera la *coopération*, en vue de l'établissement du casier sanitaire, de tous les fonctionnaires susceptibles d'apporter une pierre à l'édifice (y compris les employés du service des emplacements publics, de la police administrative : contrôle des meublés et garnis).

A un échelon supérieur coopéreraient avec les directeurs médicaux des services sanitaires le bactériologiste, le parasitologue, le géologue, le botaniste, le zoologue, sans oublier le météorologiste. Conception personnelle sans doute, mais empreinte d'un *esprit hippocratique*. Peu à peu seront réunis par les services officiels de précieux documents ayant trait à la maison d'habitation, au bloc, îlot ou « flat », ou building, à l'entre-deux voies, au quartier, à la zone (objet du « zoning »), à l'agglomération urbaine ou rurale, à la région, à la province, au pays tout entier. Œuvre gigantesque, mais nécessaire, peu coûteuse, remarquablement efficiente.

Tout hygiéniste, médecin, sociologue utilisant le casier sanitaire devra avoir conscience de la *complexité des influences réciproques* de ce que nous nommons : « *le milieu cosmo-social* ». Les actions sur le milieu sont si nombreuses et enchevêtrées qu'une extrême importance attribuée à un seul fléau social (alcoolisme, tuberculose, rhumatismes, taudis) constitue une grave erreur de principe, susceptible de créer un trouble de méthode et une intervention fausse, illusoire et onéreuse sur le milieu.

Le casier sanitaire généralisé et effectivement obligatoire constituera une source de renseignements précieux pour hygiénistes, médecins, urbanistes, sociologistes ; un signal d'alarme (amorce d'une campagne sanitaire technique et éducative) ; un outil d'action sanitaire et sociale : déclenchement de l'action des services sanitaires et sociaux. Un chassé-croisé de renseignements sanitaires et sociaux est à organiser et intensifier rapidement là où d'excellentes initiatives personnelles n'ont pas encore donné leurs fruits.

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32

Suite de nos Échos & Commentaires

(*V. page 318*)

Cette courageuse attitude, dont on peut s'étonner qu'elle ne se soit pas manifestée plus rapidement et sur une plus grande échelle, éclaircit la situation et les médecin sauront ainsi où est l'hostilité et où est la faiblesse.

***

Au fur et à mesure qu'il crée des Ordres, le législateur perfectionne ses méthodes.

L'Ordre des vétérinaires qui vient de voir le jour est certainement le mieux membré de tous les organismes professionnels de ce genre. Il représente un progrès réel sur l'Ordre des architectes, qui était lui-même une réédition fort améliorée de l'Ordre des médecins.

Voici les grandes lignes du statut de ce nouvel Ordre :

Conseil régional chargé de défendre les intérêts matériels de l'Ordre, d'en gérer les biens, d'assurer la création et le fonctionnement de tous organismes de prévoyance et de coopération ; ayant capacité pour poursuivre les illégaux.

Conseil supérieur, doté de la personnalité civile.

Chambre de discipline composée de six membres du Conseil régional, présidée par un Conseiller à la Cour d'appel, le rôle du ministère public étant tenu par le Président du Conseil régional. Elle est saisie par le Président du Conseil régional, soit à la requête d'un membre de l'Ordre, soit sur plainte d'un particulier.

Cette Chambre de discipline dresse le tableau des vétérinaires ayant droit d'exercer leur art. L'inscription est effectuée de droit après vérification des titres et ne peut être refusée que par décision motivée si les conditions requises de moralité ne paraissent pas réunies.

Voilà, n'est-il pas vrai, une construction cohérente et achevée. Le législateur a évidemment tiré profit de l'expérience des Ordres précédemment créés. Ce qu'il faut surtout louer, c'est l'organisation parfaite de la discipline de la profession. Nous pouvons gager que chez les vétérinaires, la juridiction de l'Ordre rencontrera beaucoup moins de résistance que chez es médecins.

***

Les impôts payés l'année précédente (impôt cédulaire, contribution nationale extraordinaire, impôt foncier, et les taxes accessoires) étaient jusqu'à présent considérés comme charges professionnelles et comme telles déductibles des bénéfices imposés à la cédule des professions non commerciales.

La loi du 23 février 1942 vient de décider le contraire.

Toutefois, cette déduction reste admise pour le calcul de l'impôt général sur le revenu.

Les contribuables qui ont souscrit leur déclaration avant la parution de la nouvelle loi n'ont pas à en produire une nouvelle. Les rectifications seront faites d'office par les contrôleurs des Contributions directes.

***

Le Conseil supérieur au cours de sa dernière session a infligé un an de suspension à un chirurgien de province dichotomiste impénitent.

***

La surcompensation vient d'entrer en vigueur en ce qui concerne les allocations familiales agricoles.

Qu'attend-on pour l'imposer aux Caisses des travailleurs indépendants dont les charges sont très différentes suivant les professions ?

C'est le seul moyen d'alléger le poids des cotisations de la Caisse médicale dont les charges de compensation sont beaucoup plus lourdes que dans les Caisses des travailleurs indépendants où le nombre d'enfants par rapport au nombre d'adhérents est bien moins élevé.

D'autant plus que le rehaussement des salaires départementaux qui a eu lieu au 1er janvier dernier va avoir pour effet d'augmenter dans la même mesure les cotisations exigées.

CORRESPONDANCE

ACCIDENTS DU TRAVAIL

1241. — Vaste brûlure au 1er degré

Comment tarifer des pansements de brûlures du 1er degré avec grosses phlyctènes des deux mains (faces palmaires et dorsales), avec brûlures des deux avant bras. Tarif accident du travail. Ce sont des pansements longs avec isolement soigneux de chaque doigt, etc... J'y passe à chaque fois une bonne demi-heure au moins.

Dr F.

Réponse

Pour tarifer les pansements de brûlures, il faut compter les « surfaces additionnées » où siègent les brûlures et se baser sur la « superficie totale » (voir la note 3 de l'art. 16). Dans votre cas, je compte donc brûlure de deux mains plus deux avant-bras, soit quatre segments de membres donc plus d'un membre, soit brûlure de deux membres tarifée 75 francs.

Mais ils'agit, dites-vous, d'une brûlure au 1er degré, donc « diminution de 50 % (voir art. 16) soit : 75 : 2 = 37 fr. 50 par séance, chiffre à marquer durant les premiers jours, avec diminution successive de la catégorie « suivant les progrès de la cicatrisation » (voir note *ibidem*) . »

Dr F. Decourt.

ALLOCATIONS FAMILIALES AGRICOLES

1538. — Un médecin peut-il être exploitant agricole ?

Une Mutuelle locale d'allocations familiales agricoles voudrait m'obliger à cotiser à sa Caisse sous prétexte que je suis « exploitant agricole ». Je ne m'étais jusqu'à présent jamais douté que, en plus de médecin, j'étais exploitant agricole. Habitant la campagne, j'ai un jardin potager qui sert exclusive ment à la culture familiale, je ne vends rien et n'ai pas de bétail. Qu'est-ce au fait qu'un exploitant agricole ? Cela s'applique-t-il à ceux qui habitent la campagne, ou à partir d'une certaine quantité de terrain ? Pourriez-vous me donner la définition de ce surcroît d'honneur ? Je vous en serais fort obligé.

Dr G.

Réponse

Il résulte de la législation sur les Allocations familiales agricoles qu'est tenu d'adhérer à une Caisse de compensation tout exploitant agricole, c'est à-dire :

1° Toutes personnes, à l'exception des salariés, qui ont l'agriculture pour profession principale et en tirent leur principal revenu, même si elles n'utilisent aucun personnel salarié ;

2° Les personnes qui emploient ne serait-ce qu'occasionnellement des travailleurs agricoles journaliers, tâcherons, etc..., même lorsque leur activité principale réside dans l'exercice d'une profession industrielle, commerciale ou libérale.

Il apparaît donc que vous ne pouvez être contraint d'adhérer à un tel organisme que si vous employez un jardinier pour l'exploitation de votre petit potager.

Dans ce cas, les cotisations qui sont dues, sont basées soit sur le salaire versé par vous, soit sur le nombre de jours pendant lequel vous l'employez dans l'année.

ASSURANCES SOCIALES

1324. — Vaccinations. — Non prise en charge par les Caisses

Les médecins sont actuellement très sollicités par les familles pour pratiquer sur leurs enfants diverses vaccinations et, en particulier, les injections anti-diphtériques.

Il est, en effet, fréquent de voir les parents préférer aux établissements officiels, leur médecin de famille, même pour ces interventions médicales anodines.

Or, de nombreuses personnes se sont plaintes à moi de ne pouvoir se faire rembourser la visite ou la consultation au cours desquels furent pratiquées ces vaccinations.

Les services des Assurances sociales répondent, en effet : « vous n'aviez qu'à vous adresser à l'hôpital ou au dispensaire ».

Je vous serais donc bien obligé de me dire s'il existe, en matière d'Assurances sociales, un règlement, un article ou une circulaire consacrant l'état de choses dont se plaignent mes malades.

Dr de C.

Réponse

Les assurances sociales ne couvrent que le risque maladie ; or la vaccination anti-variolique ou la vaccination anti-diphtérique, ne constituent pas un traitement médical à proprement parler, mais un acte de prophylaxie individuel. Elles restent donc en dehors du domaine de l'assurance-maladie.

Cependant, le paragraphe 16 de l'art. 6 de la loi sur les Assurances sociales, autorise les Caisses à prévoir dans leur règlement intérieur, des prestations spéciales pour les soins préventifs.

Il s'agit là d'une faculté et non d'une obligation ainsi qu'en a décidé la jurisprudence de la Cour de Cassation.

Il en résulte que la prise en charge des vaccinations ne peut résulter que d'une disposition du règlement intérieur particulier à chaque Caisse d'assurances sociales.

A défaut d'une telle disposition dans le règlement ces vaccinations ne peuvent être remboursées aux assurés.

Telle est la véritable raison et non pas comme le prétend la Caisse, la possibilité pour les assurés de se faire vacciner gratuitement à l'hôpital ou au dispensaire.

Directeur-Gérant : G. Lavalée   Imprimerie Thiron & Cie, Clermont (Oise)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Sur l'isolement obligatoire en cas d'épidémie.* — L'Académie de médecine, après un rapport du Professeur Tanon, a adopté le vœu suivant :

L'Académie de médecine demande au Gouvernement qu'un décret soit pris pour autoriser les Préfets, sur simple avis du Directeur régional, à ordonner l'isolement d'office, dans une maison de santé ou dans un hôpital, de toute personne qui, atteinte de maladie épidémique et contagieuse, ne serait pas soumise à domicile à un isolement rigoureux.

— *Elections.* — MM. Pierret (de La Bourboule) et Laigret (de Tunis) sont élus correspondants nationaux dans la troisième division (*Hygiène*).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours sur l'anesthésie et ses techniques.* — Ce cours comprendra des leçons théoriques qui auront lieu à la Faculté du 29 avril au 22 mai 1942, sous la direction du Professeur Tiffeneau, et un enseignement pratique complémentaire qui commencera le 28 mai 1942 dans le service du Docteur Robert Monod à l'hôpital Laennec.

Droit pour l'enseignement pratique : 200 francs. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

— **Institut d'hygiène.** — Un enseignement spécial concernant les *actualités de l'hygiène alimentaire* sera donné du 4 mai au 5 juin 1942 à la Faculté de Médecine de Paris (amphithéâtre Cruveilhier, à 17 h. 30), sous la direction du Professeur Tanon et de M. Lassablière, directeur de l'Ecole des Hautes-Etudes.

— **Ecole de médecine de Tours.** — M. le Professeur Guillaume-Louis a été nommé directeur de l'Ecole de médecine de Tours pour une nouvelle période de trois ans, à compter du 1er mars 1942.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'ophtalmologiste.* — Un concours pour la nomination à deux places d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 5 juin 1942. Les inscriptions seront reçues 3, avenue Victoria, du 11 au 18 mai 1942.

— *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* — Un concours pour la nomination à deux places d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 3 juin 1942. Inscriptions, 3, avenue Victoria, du 4 au 12 mai 1942.

— *Concours de stomatologiste.* — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 15 juin 1942. Inscription, 3, avenue Victoria, du 13 au 22 mai 1942.

— *Concours de l'internat.* — Ont été nommés internes à la suite du concours de 1941, MM. 1. Houdart (Raymond) ; 2. Hewitt (Jean) ; 3. Rouget (Jacques) ; 4. Maurice (Pierre) ; 5. René (Louis) ;

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine....... 120 francs
Étudiants.................. 80 francs
Le Numéro........ 5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

6. Mlle Schweisguth (Odile) ; 7. Mlle Doumic (Alice); 8. Rosey (Jean) ; 9. Perrotin (Jean) ; 10. Bilski Pasquier (Georges).

11. Dubel (Guy) ; 12. Gerbaux (Alain) ; 13. Mlle Faillebin (Jeanne) ; 14. Vaysse (Jean) ; 15. Darris (Charles) ; 16. Galand (Maurice) ; 17. Guimezanes (Eugène) ; 18. Alhomme (Pierre) ; 19. Bergeron (André) ; 20. Mme Pujol, née Fillon.

21. Senecal (Jean) ; 22. Chatelin (Charles) ; 23. Mlle Grould ; 24. Veyrières (Jean) ; 25. Pestel (Maurice) ; 26. Duhamel (Gérard) ; 27. Marche (Jean) ; 28. Paley (Pierre) ; 29. Scherrer (Jean) ; 30. Le Lorier (Guy).

31. Durand (Claude) ; 32. Bertier (Jacques) ; 33. Pujol (Maurice) ; 34. Klein (Michel) ; 35. Loygue (Jean) ; 36. Choubrac (Pierre) ; 37. Gosset (Jean) ; 38. Paraf (André) ; 39. Boreau (Jacques) ; 40. Caplier (Pierre).

41. Keruzoré (Frantz) ; 42. Jacquemin (Henri) ; 43. Sclafer (Jacques) ; 44. Chateau (Robert) ; 45. Basset (Louis) ; 46. Dupont (Victor) ; 47. Carrillo-Maurtua ; 48. Gougerot (Jean) ; 49. Danion (Jean) ; 50. Girauld (Marie-Albert).

51. Oudot (Jacques) ; 52. Dausset (Jean) ; 53. Jouve (Emile) ; 54. Joué (Raphaël) ; 55. Hertz (Claude) ; 56. Iagello (Georges) ; 57. Legendre (Jean) ; 58. Wetterwald (François) ; 59. Ardouin (Maurice) ; 60. Berthel (Georges) ; 61. Estève (Pierre).

— **Prix Yves Lemaître** (5.000 francs). — En souvenir de son fils, le Docteur Yves Lemaître, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Paris, chargé de cours à la Faculté de médecine d'Alger, mort récemment d'une atteinte de typhus, le Professeur Fernand Lemaître a décidé de créer un prix. Ce prix, dont des dispositions ultérieures assureront la pérennité, sera attribué, chaque année, par le Doyen de la Faculté d'Alger, à l'interne ou à l'externe des hôpitaux de cette ville qui se sera le plus spécialement distingué par sa conscience professionnelle dans l'exercice de ses fonctions.

— **Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.** *Concours d'ophtalmologiste adjoint.* — Un concours pour un poste d'ophtalmologiste adjoint à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le 26 mai 1942. Inscription au Secrétariat des Quinze-Vingts, 28, rue de Charenton, Paris, jusqu'au 9 mai 1942.

— **Hôpital de Nevers.** *Postes de sages-femmes.* — Un concours sur titres pour la nomination de deux sages-femmes à la Maternité de l'hôpital général de Nevers aura lieu le 10 mai 1942. Adresser les demandes avant le 10 mai au Directeur de l'Hôpital général, 1, rue de Paris, à Nevers.

— **Hôpital psychiatrique d'Auxerre.** *Internat.* — A partir du 1er mai 1942, un poste d'interne en médecine sera vacant à l'Hôpital psychiatrique de l'Yonne 4, avenue de Paris à Auxerre. Le traitement mensuel est de 1.050 francs environ, plus les avantages en nature (logement, nourriture à titre gratuit.)

Les candidats doivent avoir 16 inscriptions.

Adresser d'urgence toute demande au médecin-directeur de l'Etablissement.

— **Association française des techniciens du pétrole.** *Conférence sur les brûlures dans la vie moderne.* — Le Docteur Rudler, chirurgien des hôpitaux de Paris, a fait le 17 janvier 1942 à l'Association française des techniciens du pétrole, une conférence sur les brûlures dans la vie moderne et leur traitement actuel. Le conférencier a passé en revue l'aspect médical et social de la question, la fréquence des brûlures (22 % des accidents graves dans un grand Groupement métallurgique), leur traitement, leur importance au point de vue médical et aussi social (dans un

cas signalé par M. Rudler, un brûlé a occasionné à la Compagnie d'assurances, incapacité permanente partielle comprise, une dépense de 380.000 francs). Le conférencier conclut à la mise en œuvre, dans l'industrie en particulier, de mesures strictes de prophylaxie, de sécurité collective et de protection individuelle, et il estime que pour les cas importants, il serait utile de créer en France des Centres spécialisés dans le traitement des brûlures.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Marie-Françoise BRUNEAU, fille du Docteur André Bruneau (Beaumont-sur-Sarthe, Sarthe, 20 mars 1942) ; de Christine GACHE, sixième enfant du Docteur François GACHE (Villefranche-Saint-Phal, Yonne, 18 mars 1942) ; de Marie-Luce LEROUX, fille du Docteur Edouard Leroux (Gacé, Orne, 16 mars 1942) ; de Françoise LE DOZE, troisième enfant du Docteur Le Doze (Saint-Julien-de-Vouvantes, Loire-Inférieure, 1er mars 1942) ; de Marie-Françoise LAVIELLE, deuxième enfant du Docteur Bernard Lavielle (« Les Rosiers », rue Chanzy, Dax, Landes, 29 mars 1942) ; de Guy BENOIT-POLLET, troisième enfant du Docteur Léon Benoit-Pollet (Armentières, Nord, 39, rue Sadi-Carnot, 29 mars 1942) ; de Jean-Marc SCLAFER, deuxième enfant du Docteur Pierre Sclafer (Jonzac, Charente-Inférieure, 30 mars 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur CHEVREAU, de Vitry-sur-Seine. Bienfaiteur de la Maison du médecin, en faveur de laquelle il avait provoqué des donations importantes, il exerça jusqu'à son décès la médecine, bien qu'octogénaire ; du Docteur André-Henri LEVRIER, médecin commandant en retraite des troupes coloniales, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Tananarive, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 28 février 1942 à Talence (Gironde), dans sa 79e année. Il était un des derniers survivants des campagnes du Dahomey et de Madagascar ; du Docteur Maurice CARTRON, de Mansle (Charente), mort accidentellement le 9 mars 1942. Il était le gendre du Docteur Vermeil, de Rambouillet ; du Docteur Ch. DUCHESNE, décédé le 5 mars 1942, dans sa 77e année, après avoir exercé la médecine 51 ans à Gournay-en-Bray ; du Docteur GRANDJEAN, de La Seyne (Var) ; du Docteur Louis GALABRU, décédé le 18 janvier 1942 au Bousquet d'Orb (Hérault), père du Docteur Paul Galabru ; de M. Emile DUVERNOY, père du Docteur Pierre Duvernoy, de Charmes (Vosges) ; du Docteur Louis DUBOIS, 9, place Gambetta, Le Havre ; du Docteur Edouard-Marie JOLY, décédé le 1er avril 1942, à Cabourg, dans sa 72e année ; du Docteur Maurice LAGOUTTE, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Creusot, membre associé de l'Académie de chirurgie, beau-frère de notre collaborateur, le Docteur Briau ; du Docteur Charles FIESSINGER, rédacteur en chef du *Journal des Praticiens*, membre correspondant de l'Académie de médecine, père du Professeur Noël Fiessinger ; du Docteur L. BABONNEIX, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, décédé dans la Creuse. Le *Concours médical* adresse un souvenir ému à la mémoire du Docteur Babonneix qui voulut bien, il y a quelques années, nous honorer de sa collaboration.

— **Une situation tragique.** — Notre excellent confrère du *Berry médical*, le Docteur L. Robert, appelle notre attention sur la situation tragique de la veuve du Docteur Vadon, mort récemment des suites d'une piqûre septicémique au cours de l'ouverture d'un abcès. Madame VADON, 38 ans, *qui a à sa charge* HUIT *enfants de* 12 *ans à* 1 *an* 1/2. *est sans ressources à Courthézon* (*Vaucluse*). Tout envoi qui lui sera adressé sera le bienvenu.

L'Académie et le fisc

« L'Académie de médecine a protesté avec succès en 1934 contre les mesures fiscales, qui mettaient en cause le secret professionnel et aboutissaient à assimiler la profession médicale à une profession commerciale. Elle renouvelle aujourd'hui ses protestations avec d'autant plus de conviction que, pour un bénéfice fiscal des plus aléatoires, les mêmes mesures sont reprises, aggravées par l'obligation pour les malades de dénoncer leurs médecins, pour les médecins de dénoncer leurs confrères ». (*Communiqué.*)

Comité d'organisation de l'industrie du thermalisme

Malades à envoyer en zone non occupée ou zone Nord-Est pour cures thermales ou climatiques ou autres raisons de santé

Le gouvernement ayant décidé de rétablir les possibilités de cures thermales et climatiques pendant la saison 1942, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et le Comité d'organisation de l'Industrie du thermalisme informent MM. les médecins qu'ils peuvent envoyer aux stations thermales et climatiques de la zone non occupée et de la zone Nord-Est, les malades pour lesquels ces cures sont absolument indispensables.

Le Comité ne saurait trop insister sur la nécessité qu'il y a pour les médecins à se montrer aussi rigoureux que possible dans la délivrance des certificats, pour éviter l'afflux excessif des demandes qui a été la cause du refus d'un certain nombre de laissez-passer en 1941.

Dans l'intérêt des malades, et afin d'éviter tout retard dans l'obtention des laissez-passer délivrés par les autorités occupantes, les demandes devront être remises aussi longtemps que possible avant la date choisie pour la cure.

Afin d'éviter l'encombrement des mois de juillet et d'août, il est recommandé aux médecins de diriger, s'ils le peuvent, leurs malades vers les stations, dès le début de la saison.

Le Comité d'organisation de l'industrie du thermalisme a été chargé d'installer au 117, avenue des Champs Elysées à Paris, le bureau qui aura pour mission d'établir les demandes de laissez-passer pour les malades de la région parisienne (Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne).

Les malades domiciliés dans les autres départements devront, comme l'année dernière, s'adresser à leur Préfecture.

Certificats médicaux

Si une cure thermale est absolument indispensable à votre client, veuillez lui remettre deux certificats :

1° Un certificat médical administratif énonçant :

— ses nom, prénoms, adresse ;

— qu'il est dans un état de santé nécessitant une cure à ...., et que son affection ne peut être traitée dans aucune des stations thermales de la zone occupée ;

— et si, éventuellement et seulement en cas de nécessité, il doit pour sa cure être accompagné, indiquer les nom, prénoms, qualité de l'accompagnateur.

La signature du médecin, au bas de ce certificat administratif, doit être légalisée par le Commissaire de Police de son quartier.

2° Un certificat médical descriptif, destiné uniquement au médecin contrôleur, comportant le diagnostic de l'affection du malade et tous renseignements utiles pour justifier la cure prescrite (et éventuelle-





ment les raisons spéciales pour lesquelles il doit être accompagné).

Il est important que le certificat précise s'il s'agit d'une première cure, ou si le malade doit confirmer par une nouvelle cure les résultats favorables des cures précédentes.

Ce dernier certificat doit être remis au malade sous enveloppe fermée, la signature n'a pas à en être légalisée.

Préciser, dans le certificat médical descriptif, que le médecin soussigné est Aryen. (Ce renseignement est exigé par les autorités occupantes).

Veuillez noter :

1° Qu'une contre-visite peut être prescrite par le service médical de contrôle ;

2° Que les autorités d'occupation se réservent le droit de vérifier si la cure a été réellement effectuée.

Veuillez avertir les malades qu'une caution de 2.000 fr. sera exigée avant le départ pour la cure thermale, et sera remboursée au retour, sur présentation de pièces justifiant que la cure a bien été effectuée.

RECOMMANDATION IMPORTANTE

Les malades se rendant dans les stations de cure externe (bains, douches, étuves, etc...), doivent se munir de sous-vêtements chauds, pyjamas de cure, couvertures — ces vêtements étant actuellement introuvables dans les stations. (*Communiqué*).

Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français

Réunion du Conseil d'administration du 14 *avril* 1942

Présents : MM. Noir, président ; O'Followell, Vimont et H. Mignon, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; Bayard et Chevallier, administrateurs.

La séance est ouverte à 16 h. 30.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 16 janvier dernier, le Conseil prononce les admissions suivantes :

MM. Amourdedieu (Ardèche), Guilleret (Rhône), Foubert (Eure-et-Loir), Franck (Seine), Mme Godard (Manche), MM. Jouhanneaud (Haute-Vienne), Michel (Ardèche).

Admissions provisoires

MM. Bezault (Loiret), Royal-Furay (Nord), Mazurier (Vosges), Le Droumaguet (Nièvre), M. et Mme Huquet (Marne).

Le secrétaire général propose ensuite à l'examen du Conseil diverses libéralités prélevées sur la Caisse auxiliaire et destinées à faciliter à quelques sociétaires particulièrement éprouvés par la guerre le paiement de leurs cotisations en retard.

Le Conseil se fait un devoir d'aider dans toute la mesure du possible ces confrères et, en particulier, les prisonniers récemment libérés.

Un projet de propagande destiné à faire mieux connaître aux médecins la Mutualité Familiale et les diverses combinaisons de prévoyance qu'elle leur offre est ensuite discuté.

Une réunion spéciale du Conseil est projetée pour prendre à ce sujet des décisions et passer à une réalisation rapide.

L'ordre du jour étant ainsi épuisé, la séance est levée à 18 h. 30.

Le secrétaire général,
G. LAVALÉE.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les effets des carences alimentaires sur certains éléments du sang

(MM. J. GIRARD, P. LOUYOT et M. VERAIN. — Présentation par M. ROUVILLOIS ; 27-1-1942)

MM. Girard, Louyot et Verain ont observé depuis quelques mois des sujets (au nombre de 90) venus consulter pour divers troubles subjectifs (asthénie, vertiges, céphalée) qu'ils ont cru pouvoir rattacher à l'alimentation actuelle. Chez ces sujets, il ont puretrouver certaines modifications sanguines: hypoglycémie, hyposcorbémie, augmentation du temps de saignement, etc.

Qualité hygiénique du lait faisant l'objet de distributions spéciales

(M. Gustave THIEULIN ; 27-1-1942)

M. l'agrégé Thieulin, chargé de l'enseignement de l'hygiène du lait à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, après avoir envisagé dans une communication antérieure la garantie hygiénique des laits pasteurisés, étudie dans une seconde communication la qualité hygiénique de certains laits faisant l'objet de distributions spéciales : lait livré aux établissements hospitaliers, lait écrémé livré aux écoles. Il a trouvé ces laits aussi contaminés que le lait du commerce. Il en indique les causes et les moyens d'amélioration.

— M. BARRIER fait connaître un arrêté récent (24 janvier 1942) de M. le Préfet de police visant les garanties hygiéniques du lait (vérification de la santé des vaches laitières, surveillance sanitaire du personnel des laiteries, propreté de la traite, réfrigération du lait jusqu'à la distribution au consommateur, contrôle du service vétérinaire, etc). Cet arrêté donne aux consommateurs de lait toutes garanties réclamées par le service vétérinaire sanitaire de la Seine.

Au sujet des produits de remplacement en pharmacie

(M. A. GORIS ; 3-2-1942)

M. Viel, de Rennes, a adressé à M. Goris une étude concernant une matière première, déjà utilisée dans l'industrie et qui serait susceptible, au point de vue pharmaceutique, d'avoir des applications intéressantes, en particulier comme succédané des excipients manquant pour la préparation des pommades et des suppositoires.

Cette substance, retirée des algues, est l'acide alginique, qui, avec les alcalis, peut donner des alginates. Les alginates, sous forme de gels (contenant de 8 à 15 % d'alginates), ont été essayés par M. le Professeur Janot et lui ont permis d'obtenir la plupart des pommades inscrites au Codex (pommade d'Helmerich, d'oxyde de zinc, etc.). L'inconvénient des produits de remplacement en question est de perdre peu à peu leur humidité et de se dessécher assez rapidement. Aussi, faut-il les conserver dans des récipients bien clos.

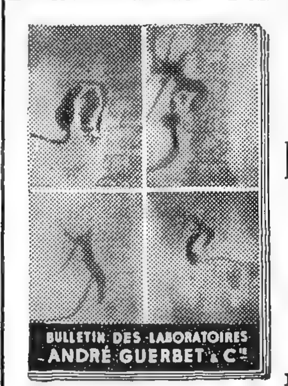
Une autre utilisation desdites algues est l'extraction de l'iode.

Enquête sur l'état actuel des enfants

(MM. Julien HUBER, COLLESSON et ROUÈCHE ; 3-2-1942)

Cette enquête, instituée par le Comité national de l'enfance, a groupé les réponses de nombreux médecins pédiatres à un questionnaire portant sur

Voir la suite page IX-440



PARTIE SCIENTIFIQUE

SUR UN CAS DE NÉPHRITE CHRONIQUE AZOTÉMIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR LA VALEUR DE L'AZOTÉMIE, DE LA CRÉATININÉMIE ET DE L'INDOXYLÉMIE

Par Pasteur Vallery-Radot
Professeur de Clinique médicale à la Faculté de médecine

En février 1937, entrait dans notre service de l'Hôpital Bichat, une femme de 37 ans, en bonne santé apparente, pour qu'on pratiquât des examens rénaux. Elle n'avait ni albuminurie, ni cylindres, ni hématies dans les urines, mais l'urée sanguine était de 0 gr. 87, la constante d'Ambard de 0,27 (au lieu de 0,08), l'épreuve de la PSP (1) en 1 h. 10 de 22 % (au lieu de 55 %), l'épreuve de concentration de Volhard de 1014 (au lieu de 1025). Il existait donc une azotémie avec insuffisance rénale très accentuée. Cependant, la tension artérielle était normale : 15-9.

Cette malade nous disait qu'en mai 1935, elle était entrée au Sanatorium de Hauteville, plutôt par prudence, en raison d'amaigrissement et de fièvre vespérale, sans que la radiographie révélât une tuberculose en évolution et que l'examen des expectorations fît constater de B. K. Neuf mois plus tard, elle avait eu de l'albuminurie et son urée sanguine était de 0 gr. 90. Puis, elle avait présenté des œdèmes, qui avaient cédé au régime déchloruré, et deux hématuries.

A son entrée à l'hôpital Bichat, nous nous posons la question de l'origine de cette néphrite azotémique : tuberculeuse (bien qu'une telle étiologie soit exceptionnelle ?) mais l'inoculation au cobaye est négative ; aurique ? mais la malade n'a pas reçu de sels d'or au sanatorium. Aucune cause infectieuse ou toxique ne peut être relevée, ainsi qu'il arrive si souvent à l'origine des néphrites chroniques.

La malade quitte bientôt l'hôpital, mais revient à la consultation de notre service les mois suivants. Elle y est suivie par le Dr Blamoutier. Voici les chiffres d'urée qui sont notés de mai 1937 à janvier 1939 : 0 gr. 61, 1 gr. 07, 0 gr. 77, 0 gr. 74, 0 gr. 79, 0 gr. 94, 0 gr. 98. La PSP est de 15 % en 1 h. 10. L'albuminurie est variable. Bien que l'état général soit excellent, l'urée sanguine constamment élevée et la mauvaise PSP nous font porter un pronostic très réservé.

(1) Phénolsulfonephtaléine.

En juin 1939, cette femme est toujours apparemment en parfaite santé. Cependant l'azotémie dépassant un gramme (1 gr. 33), et l'élimination de PSP étant très mauvaise (5 %), nous portons un pronostic très grave, sans espoir d'amélioration.

Après une absence de onze mois, nous revoyons notre malade en mai 1940. Pour la première fois, elle apparaît gravement atteinte : amaigrissement important, conjonctives décolorées, somnolence tout le jour, asthénie, crampes dans les mollets, soubresauts musculaires, algies de la nuque, des lombes et des membres inférieurs, prurit, langue saburrale, anorexie, nausées. Tous ces symptômes, la plupart d'ordre nerveux et d'ordre digestif, auxquels s'ajoute un aspect des urines *jaune lavé*, incitent à faire le diagnostic clinique de grande azotémie. L'urée sanguine révèle 2 gr. 16. L'albumine oscille entre 0 gr. 75 et un gramme. Dans le culot urinaire on trouve hématies, leucocytes et cylindres granuleux. Cependant, la tension artérielle reste normale : 15-9 Les œdèmes n'ont pas reparu.

De juin 1940 à fin février 1941, l'urée sanguine oscille entre 1 gr. 90 et 3 gr. 93, avec des poussées et des rémissions passagères. Une telle évolution est assez fréquente au cours des néphrites chroniques, c'est pourquoi le pronostic ne doit s'établir qu'après plusieurs dosages. Ici, l'azotémie étant presque constamment au-dessus de 2 gr., nous pouvions prévoir que la survie n'excéderait pas une année. L'avenir confirma ce pronostic.

Cependant que l'azotémie se maintenait à des taux élevés, l'état général depuis la mi-juin était redevenu excellent, à tel point que, malgré la rétention d'urée très élevée, nous nous demandions parfois si notre pronostic n'allait pas être en défaut. Aussi fîmes-nous doser la créatinine dans le sang. Normalement, la créatininémie ne dépasse pas 0 gr. 02 centigrammes par litre. Au-delà de 0 gr. 05, on peut porter un pronostic de mort. Le chiffre trouvé ici fut de 0 gr. 075, ce qui confirmait notre pronostic fondé sur l'urée sanguine.

Pendant toute cette longue évolution et pendant les mois suivants, aucun régime, aucune thérapeutique ne purent avoir d'action sur l'évolution de l'affection : dans une néphrite chronique, quand l'azotémie a dépassé d'une façon permanente un gramme, l'inefficacité de toutes les tentatives est malheureusement la règle.

Le 15 mars, brusquement, sans cause appa-

rente, la malade retombe dans la somnolence où elle se trouvait au mois de mai précédent. Elle se plaint d'une forte céphalée. Elle a de l'anorexie et vomit ses aliments. L'azotémie est maintenant de 4 gr. 02.

Quel n'est pas notre étonnement les jours suivants de constater une nouvelle amélioration clinique ! Tous les symptômes s'amendent. Mais l'urée sanguine reste très forte, le 10 avril elle atteint même 4 gr. 46. La créatininémie est de 0 gr. 20. Nous faisons doser l'indoxyle du sérum, le chiffre d'indoxyle permettant de formuler un pronostic, de même que le font l'urée et la créatinine. (L'indoxyle à l'état normal est inférieure à 0 gr. 001 par litre. Quand elle dépasse 0 gr. 005, c'est un indice de mort). L'indoxylémie était ici de 0 gr. 020, chiffre extrêmement élevé.

Au début de mai, nouvelle aggravation des symptômes cliniques : profonde asthénie, anorexie, nausées, vomissements alimentaires et aqueux, hypothermie (35°6). Cependant l'urée baisse : 3 gr. 26. Le 19 mai : 2 gr. 35.

Et voici que brusquement, le 3 juin, la malade tombe dans un état de torpeur, proche du coma. Cette torpeur est entrecoupée de délire. L'haleine prend une odeur urineuse. On observe le 6 juin une ébauche de Cheyne-Stockes. L'urée est ce jour-là de 4 gr. 04.

Le fond d'œil, qui avait été déjà examiné les semaines précédentes par le Docteur Guillaumat est, contre toute attente, normal : on sait que la néphrite avec grande azotémie s'accompagne presque toujours de « rétinite albuminurique ». Ici l'absence de cette lésion oculaire s'explique peut-être par le fait que la malade n'avait pas d'hypertension en même temps que l'azotémie ; jusqu'aux derniers jours de sa vie, sa tension artérielle resta à 15-9.

Le 9 juin, elle présente un de ces syndromes hémorragiques si fréquents au cours de la grande azotémie : épistaxis, gingivorragies. Le chiffre des hématies n'est que de 1.625.000.

Le 11 juin, on observe de la carphologie, du mâchonnement, des mouvements désordonnés des membres supérieurs et inférieurs. La malade semble angoissée. On note du purpura aux points d'injections médicamenteuses. L'urée sanguine est de 4 gr. 97. L'indoxylémie et la créatininémie n'ont pas varié : elles sont respectivement de 0 gr. 020 et de 0 gr. 21.

Le 12 juin au matin, la malade meurt après dix-huit heures de coma.

L'autopsie montra des reins minuscules : 35 et 30 grammes. Sous la capsule épaissie et adhérente, la surface des reins apparaissait granuleuse. A la coupe, les substances corticale et médullaire étaient considérablement atrophiées, surtout la corticale, à tel point qu'on pouvait se demander si les reins, avant d'être atteints de néphrite, n'étaient pas aplasiés. A l'examen histologique, les lésions étaient de glomérulite fibreuse, d'artérite et de sclérose interstitielle.



Cette néphrite chronique azotémique, qui évolua sans hypertension, nous apporte plus d'un enseignement.

Il y eut dans la symptomatologie des alternatives d'aggravation et d'amélioration qui ne correspondaient pas aux chiffres d'urée sanguine. A certains moments même, la malade semblait guérie. Il ne faut donc pas se fier en la clinique pour suivre l'évolution d'une néphrite azotémique. Seul, le chiffre d'urée sanguine est le fil conducteur.

Mais ici, comme il arrive parfois au cours des néphrites chroniques, l'urée subit des oscillations telles qu'on pouvait douter de sa valeur pronostique. Dans un tel cas, pour prévoir l'avenir, il n'est pas sans intérêt de doser la créatinine et l'indoxyle dans le sérum.

Les règles sont : au delà de 5 centigrammes de créatinine par litre et au-delà de 5 milligrammes d'indoxyle, mort fatale.

Nous trouvâmes ici un des chiffres de créatinine les plus forts que l'on puisse constater : 0 gr. 21. Dans la littérature médicale nous ne connaissons que deux cas avec créatinine plus élevée : un cas de Myers (0 gr. 35) et un cas de Dérot (0 gr. 40).

Le chiffre d'indoxyle fut aussi, dans notre observation, un des chiffres les plus hauts qui se puissent voir : 0 gr. 020.

Ces chiffres de créatinine et d'indoxyle nous permettaient donc de prévoir la mort dans un délai très proche.

Conclusion : Cette observation montre l'intérêt que peut présenter, dans les néphrites chroniques où le pronostic est hésitant du fait d'une azotémie variable, les dosages de la créatinine et de l'indoxyle associés à celui de l'urée.

PATHOLOGIE HÉPATIQUE ET RESTRICTIONS ALIMENTAIRES

Par le Professeur L. RIMBAUD et H. SERRE (Montpellier).

Frappés par l'augmentation de fréquence des cirrhoses et des hépatites sévères coïncidant avec les restrictions alimentaires actuelles, nous avons jugé intéressant de préciser cette impression par l'étude systématique des cas observés dans notre service de Clinique médicale pendant une période d'un an, du 1er novembre 1940 au 1er novembre 1941 (55 cas), par comparaison avec ceux qui ont été suivis pendant les périodes homologues de 1937-1938 et 1938-1939.

OBSERVATIONS

I. — Hépatites. On relève un nombre total de 18 hépatites, dont 13 formes ictérigènes. En 1938-39 : 20 cas d'hépatites dont 2 ictères bénins, 11 formes d'hépatisme ou d'insuffisance hépatique légère et 7 hépatites vraies. En 1937-38 : 13 cas d'hépatites dont 6 ictères bénins, 2 insuffisances hépatiques bénignes et 5 hépatites vraies.

1. Hépatites ictérigènes

a) *Ictères infectieux bénins et catarrhaux* : on trouve 25 cas de juillet 1940 à février 1941 : il s'agit d'une véritable épidémie, surtout militaire, dont les caractères ont été étudiés dans une communication à la Société des Sciences médicales de Montpellier (6 juin 1941). A partir du 1er novembre, s'échelonnent huit cas appartenant à ce groupement, alors que, dans le reste de l'année, on relève trois cas seulement.

Il s'agit de sujets jeunes, de 17 à 31 ans. Le tableau clinique est celui d'un ictère bénin, souvent précédé d'un syndrome infectieux, parfois d'évolution prolongée et cédant, dans ce cas, aux tubages duodénaux.

L'étiologie, en dehors du caractère épidémique des premiers cas, demeure mystérieuse.

b) *Hépatite ictérigène éthylique* : évoluant chez un homme de 41 ans, elle se traduit par un ictère franc du type catarrhal, mais s'accompagnant d'hépatosplénomégalie avec météorisme abdominal, légère circulation collatérale et purpura atténué. Les épreuves de la diurèse provoquée et de la galactosurie sont positives. La guérison clinique survient après un mois et demi d'évolution. Au départ, le foie est encore légèrement augmenté de volume.

c) *Ictère grave* : Chez un homme de 71 ans, ancien lithiasique biliaire, éthylique et scléreux artériel, survient un ictère du type par rétention. L'évolution de l'ictère est favorable en apparence : les selles se recolorent, la jaunisse s'atténue puis disparaît. Mais on voit s'installer des œdèmes des jambes de plus en plus volumineux, une légère ascite, des troubles digestifs, quelques hémorragies, un amaigrissement rapide avec profonde asthénie et affaissement psychique, une fébricule : le malade meurt un mois après le début. En somme : ictère catarrhal aggravé.

2. Hépatites hydropigènes

Trois cas typiques ont été observés. Le début est toujours marqué par des œdèmes. Le syndrome clinique comporte ensuite :

— une hépato-splénomégalie : le foie est gros mais non induré ;

— de l'oligurie, des œdèmes, du météorisme abdominal et, dans deux cas, une ascite accompagnée une fois de circulation collatérale ;

— des signes d'insuffisance hépatique : troubles digestifs, urobiline en excès et présence d'éléments biliaires dans les urines, diurèse provoquée anormale, épreuves du bleu de méthylène (Roch) et de la galactosurie positives chez deux malades, anomalies vasculo-sanguines dans un cas.

L'évolution est apyrétique et, chez tous, assez rapidement favorable sous l'influence d'un traitement simple : repos au lit, régime, opothérapie hépatique en injections, pilules de Lancereaux. On observe une ascension rapide et considérable de la diurèse (de 500-800 c. c. à 4 litres en moyenne), une perte de poids coïncidant avec la fonte des œdèmes, une régression complète ou partielle de l'hépatosplénomégalie : en somme une guérison clinique de syndromes qui, surtout chez deux de ces malades, semblent traduire un état de pré-cirrhose. La durée totale de l'évolution est d'un mois chez l'un, trois à quatre mois chez les autres.

Il s'agit d'éthyliques avérés (vin et alcools) non syphilitiques, âgés respectivement de 31, 49 et 58 ans ; à noter que l'un d'eux, employé dans une fabrique de spiritueux, a dans son passé un paludisme et une amibiase ; il a déjà présenté un ictère vingt ans auparavant.

Deux cas concernent des formes moins nettes : anasarque qui s'accompagne de petits signes d'insuffisance hépatique, sans symptôme de défaillance cardiaque ou rénale.

L'un de ces malades est un éthylique de 61 ans, dont la maladie date de deux mois : œdèmes volumineux et diffus avec météorisme abdominal et ébauche de circulation collatérale, urines rares et bilieuses, hypercholestérolémie à 2 gr. 10, épreuve de l'eau très positive en orthostatisme. En six semaines, résolution presque complète des œdèmes, par ailleurs peu influencés par la déchloruration.

L'autre malade, âgé de 58 ans, éthylique également, présente des œdèmes dont le début remonte à un mois, un hydrothorax, une ascite avec circulation collatérale nette, les urines sont rares, la rate est grosse, l'épreuve de la galactosurie très positive. Pas de signe cardiaque, ni rénal. A retenir, dans le passé de ce malade (huit ans et trois ans avant) des poussées d'anasarque analogues, qui ont nécessité des ponctions d'ascite et ont guéri complètement. Le régime déchloruré échoue, mais des injections de cyanure de mercure provoquent en huit jours, une importante diminution et, au quinzième jour, la régression totale de l'anasarque. Il sort, cliniquement guéri, après un mois et demi de séjour.

Il est à remarquer qu'aucun de ces cinq malades n'ont fait d'excès de boissons dans la période précédant la maladie. Au contraire, ils accusent tous une restriction de la quantité de vin et d'alcool ingérée, l'un d'eux venait d'ailleurs de la maison d'arrêt.

II. Cirrhoses. — On relève un nombre total impressionnant de 37 *cas de cirrhoses*, alors qu'on trouve 18 observations dans la période 1937-1938 et seulement 12 cas en 1938-1939.

Ces cirrhoses, dont la symptomatologie ne nous retiendra pas, se répartissent ainsi :

— cirrhoses ascitogènes ou mieux hydropigènes (du fait de la fréquence des œdèmes) : 28 observations, dont 13 formes hypertrophiques et 15 cirrhoses de Laënnec ;

— cirrhoses hypertrophiques anascitiques : 5 cas ;

— cirrhoses avec ictère : 4 cas.

Quelques *notions étiologiques* auront plus d'intérêt. Du point de vue du sexe et de l'âge, 27 observations concernent des hommes, 10 cas ont trait à des femmes ; l'âge moyen oscille autour de 48 ans pour les hommes et de 52 ans pour les femmes.

Vingt-quatre de ces malades sont des éthyliques avérés : le plus souvent, il s'agit d'alcoolisme mixte (vin, apéritifs, liqueurs). On note l'existence de tuberculose présente ou passée dans 5 cas et de syphilis sérologiquement active dans 6 observations, un des malades est un lithiasique biliaire ancien, deux d'entre eux ont le paludisme et l'amibiase dans leurs antécédents.

Le début des accidents, qui motivent l'entrée à l'hôpital, remonte d'ordinaire à quelques semaines. L'évolution permet de distinguer : des cas améliorés : 7, dont un considérablement ; des cas stationnaires pendant le séjour à l'hôpital : 3 ; des cas progressivement aggravés : 9 ; des cas mortels : 10. Huit malades enfin ne sont restés que quelques jours dans le service et l'évolution n'est pas connue.

Au total sur 29 malades, qui ont pu être suivis assez longtemps, 19 meurent ou voient leur état s'aggraver notablement.

COMMENTAIRES

De l'ensemble de ces faits se dégagent quelques considérations générales :

I. — Nous avons noté une *augmentation considérable du nombre des cirrhoses* : 37 cas hospitalisés en 1940-1941, ce qui représente le double du chiffre de 1937-38 et plus du triple des cas de 1938-39.

Le nombre global des hépatites et des insuffisances hépatiques a légèrement augmenté, mais avec une répartition inversée par rapport aux années précédentes, du fait de l'accroissement des formes moyennes ou sévères d'hépatites et de la diminution des insuffisances hépatiques légères (petit hépatisme de la vie large, de l'alimentation trop riche et du manque d'exercice).

Une exception est à faire pour l'ictère infectieux bénin, dont la recrudescence transitoire relève d'ailleurs d'une petite épidémie d'hépatites ictérigènes.

II. — Dans les hépatites et les poussées évolutives des cirrhoses, l'insuffisance cellulaire se marque nettement par les signes cliniques habituels et par les épreuves d'exploration fonctionnelle. Il faut souligner la place de choix que prend l'*œdème* dans le tableau symptomatique : on le retrouve dans 6 cas sur 7 d'hépatites sévères ou moyennes et dans 22 cas de cirrhoses, au total 28 fois sur 44 observations (64 *pour* 100 *des cas*).

Dans les cirrhoses, on note un *accroissement de la gravité générale* : l'évolution se fait rapidement vers une aggravation notable ou même vers la mort chez 65 pour 100 des malades qui ont pu être suivis (29 cas).

III. — *L'étiologie est dominée par l'éthylisme.* Les cirrhoses ont été constatées surtout chez l'homme (plus des deux tiers des cas), aux environs de la cinquantaine. La syphilis et la tuberculose interviennent soit isolées, soit surtout en association avec l'alcoolisme dans une proportion à peu près égale qu'on peut fixer à 15 pour 100. L'éthylisme est retrouvé avec certitude dans 65 pour 100 des cas ; d'ailleurs, les habitudes d'intempérance ont pu être dissimulées par certains malades, chez qui l'absence de stigmates d'alcoolisme n'a pas permis de conclure.

Dans les hépatites, l'éthylisme est noté 5 fois sur 5 cas d'hépatites hydropigènes et 2 fois sur 2 cas d'hépatites ictérigènes accusées. Par contre, on ne le trouve jamais dans les observations d'hépatites ictérigènes bénignes.

Au total, sur 44 cas de cirrhoses ou d'hépatites sévères ou moyennes, l'éthylisme intervient chez 31 malades : 70 *pour* 100 *des cas*.

Il est à remarquer que l'apparition des accidents, chez les alcooliques pour la plupart de longue date, coïncide non avec une augmentation, mais bien avec *une diminution de leur ration d'alcool* dans les mois ou les semaines qui précèdent. Par ailleurs, la majorité de ces malades subissent durement les restrictions alimentaires actuelles et *la date d'apparition des poussées hépatiques est en coïncidence avec le début de la période de restrictions accrues.*

Plusieurs explications peuvent rendre compte de ces faits.

On peut supposer qu'une certaine dose d'alcool représente, pour ces éthyliques invétérés, l'excitant nécessaire au fonctionnement à peu près suffisant de la cellule hépatique lésée. Ne rapporte-t-on point l'action, parfois si heureuse, des diurétiques mercuriels dans les cirrhoses à une légère intoxication hépatique agissant à titre de stimulant, à condition que la cellule ne soit pas trop profondément altérée ?

Ou au contraire l'alcool, même à doses restreintes, acquiert-il des propriétés toxiques accrues du fait du déséquilibre alimentaire ? Ces faits se rattacheraient alors à la notion de diétotoxicité (MOURIQUAND).

Il est possible enfin que les restrictions alimentaires provoquent chez ces sujets, à foie anatomiquement lésé, mais jusque là fonctionnellement suffisant, un déséquilibre métabolique, véritable « facteur de révélation » pour la cirrhose en puissance.

Quoi qu'il en soit, l'ère des restrictions confère une actualité et une gravité particulière à la pathologie hépatique et rend compte, semble-t-il, du balancement qu'on observe entre le nombre des insuffisances hépatiques légères, qui diminue, et celui des hépatites accusées et des cirrhoses, qui augmente.

PROBLÈMES PHTISIOLOGIQUES

Expectoration bacillifère sans tuberculose pulmonaire. — Tuberculose pulmonaire sans expectoration bacillifère

L'Académie de médecine a consacré une de ses récentes séances à l'étude de deux questions phtisiologiques d'un grand intérêt pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, questions relatives à la signification de l'expectoration bacillifère. Après un exposé général par M. Sergent, quatre rapports ont été présentés : par M. Fernand Bezançon, M. Rist, M. Ribadeau-Dumas et M. Alfred Boquet.

M. Bezançon envisage la question suivante : *la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats implique-t-elle l'existence d'une lésion tuberculeuse ?*

La constatation de bacilles de Koch dans les crachats équivaut en pratique à porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire. On a parlé toutefois, pour certains cas, de « porteurs sains », de « cracheurs sains ». M. Bezançon pense que, dans le plus grand nombre de ces cas, il s'agit non de cracheurs sains, mais de sujets présentant une lésion tuberculeuse trop discrète pour se traduire par des signes stéthacoustiques et radiologiques. Au groupe de ces tuberculoses occultes, il faut rattacher les observations de suppurations broncho-pulmonaires au cours desquelles se trouvent passagèrement, dans l'expectoration, des bacilles de Koch : on suppose qu'il existait alors antérieurement une lésion tuberculeuse latente qui a été érodée par le processus infectieux.

Des sujets, cependant, vivant dans des milieux bacillifères, peuvent de ce fait, recéler dans leurs voies respiratoires supérieures (fosses nasales, rhino-pharynx) des bacilles. On connaît les recherches de Strauss, de Sergent et Durand, de Le Noir et Camus, de Bezançon, Braun et A. Meyer sur cette question. Strauss (1894) avait trouvé, sur 29 infirmiers et élèves de son service sains, 9 porteurs de bacilles dans les fosses nasales et la gorge. Sergent et Durand ont constaté également la présence de bacilles dans des mucosités rhino-pharyngées. Dans deux observations, ils ont recherché, en concomitance, les bacilles dans les mucosités sous-glottiques (méthode de Lowys) où leur absence a permis de redresser le diagnostic. Le Noir et Camus, Bezançon et ses collaborateurs n'ont obtenu par contre que des résultats négatifs par les inoculations et cultures de sécrétions rhino-pharyngées.

Peut-on, en ce cas, parler de bacilles vivant en parasites dans les voies respiratoires supérieures, de porteurs sains de bacilles et comparer ces porteurs à des porteurs de germes comme le méningocoque ou le bacille diphtérique ? M. Bezançon ne le croit pas, la possibilité d'une vie parasitaire du bacille de Koch dans les voies aériennes ne pouvant pas être considérée comme démontrée.

En médecine vétérinaire, il est vrai, le terme de porteur sain est très bien admis (Guérin). L'existence de « porteurs sains » chez les bovidés a été établie expérimentalement.

Le problème, on le voit, doit rester à l'étude. Pratiquement, il ne faut pas oublier que le diagnostic de la tuberculose ne se résume pas en une radiographie et en un examen de crachats. Ces techniques posent la question et c'est à la clinique à préciser les autres conditions. La thérapeutique sera plus ou moins rigoureuse suivant ces conditions. Au point de vue prophylactique, la conduite est plus simple ; ces cracheurs de bacilles sont des contagieux et des précautions sont à prendre pour l'entourage.

En conclusion, dans l'immense majorité des cas, la présence de bacilles tuberculeux dans les crachats est liée à l'existence d'une lésion pulmonaire tuberculeuse. La question des porteurs sains demande de nouvelles recherches et l'on peut soulever l'hypothèse de la possibilité d'une vie parasitaire du bacille dans le poumon.

M. Rist aborde le problème inverse, des *tuberculoses fermées sans expectoration bacillifère.* Il peut exister des tuberculoses « refermées », des lésions caséeuses (dans l'enfance) qui ne s'évacuent pas. Mais, en face de lésions dont, à l'examen radiologique, la morphologie n'est pas incompatible avec l'un des aspects de la tuberculose pulmonaire, la recherche des bacilles dans l'expectoration doit être persévérante, en même temps que l'on s'efforcera de vérifier les autres hypothèses que celle de tuberculose (lymphogranulomatose maligne, abcès du poumon, cancer, syphilis, mycoses, maladie kystique, etc.). N'admettre la nature tuberculeuse d'une lésion pulmonaire qu'avec une extrême prudence lorsqu'on ne peut en faire la preuve par la mise en évidence des bacilles.

M. Ribadeau-Dumas signale l'importance, chez l'enfant, de la recherche des bacilles tuberculeux dans les crachats par l'examen du contenu gastrique.

M. Boquet complète l'exposé des rapporteurs par quelques considérations bactériologiques sur l'élimination et la dissémination des bacilles tuberculeux par les crachats. Un tuberculeux expectorant en vingt-quatre heures 20 c. c. de crachats élimine une quantité moyenne (assez variable) de 200 millions de bacilles. Avant d'être détruits par la dessiccation ou la lumière, ces germes, mis en suspension dans l'air avec les poussières, peuvent, inhalés par l'entourage, être à l'origine de lésions pulmonaires ou de porteurs de germes.

M. Sergent rappelle enfin le principe suivant qu'il n'a jamais cessé de défendre : un diagnostic ne peut être que le résultat de la mise en œuvre de tous les moyens et procédés d'exploration dont dispose aujourd'hui la clinique.

P. Lacroix.



LES SOCIÉTÉS SAVANTES (*Suite*)

la santé actuelle des enfants. L'enquête n'est pas terminée encore, mais certains points peuvent en être déjà dégagés.

La croissance, en poids surtout, a été influencée par les restrictions alimentaires, plus chez les adolescents que chez les jeunes enfants et les nourrissons. La cyanose des extrémités, les engelures, les perturbations endocrino-génitales se sont montrées plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. Le déficit des protides et des lipides, les taux faibles des vitamines jouent un rôle dans le mécanisme des œdèmes de dénutrition.

Tous les auteurs relèvent l'apparition plus fréquente de primo-infections tuberculeuses, l'évolution plus sévère de la bacillose (formes granuliques, pneumonies caséeuses, souvent bilatéralité des lésions).

Sur le contrôle médical des accidents du travail
(M. Balthazard ; 3-2-1942)

Indépendance nosographique de l'hérédo-ataxie cérébelleuse et de l'atrophie olivo-ponto-cérébelleuse
(MM. Guillain, I. Bertrand et Mme Godet-Guillain ; 3-2-1942)

Le secret professionnel. Doctrine de l'Académie
(M. Balthazard ; 10-2-1942)

Académie de chirurgie

Sur la gastrectomie totale
(MM. d'Allaines et J. Rachet. — M. Jean-Louis Lortat-Jacob ; 3-12-1941)

MM. d'Allaines et Rachet relatent trois observations de gastrectomie totale pour cancers de l'estomac. Ils expriment, à ce propos, le souhait que la gastrectomie totale devienne une opération plus fréquente et finisse par être considérée comme l'opération idéale dans le cancer gastrique au début.

M. Lortat-Jacob rapporte également trois observations de gastrectomie totale pour cancer avec trois guérisons opératoires.

Société française de gynécologie

Séance du 17-11-1941

Remarques sur le traitement des aménorrhées secondaires par les hormones ovariennes, par M. R. Palmer.

Séance du 15-12-1941

Le traitement des aménorrhées secondaires (suite de la discussion).

Dosages hormonaux dans l'aménorrhée primitive et l'aménorrhée secondaire des jeunes filles, par MM Cl. Beclère et H. Simonnet.

Cancer utérin chez une jeune fille vierge : conditions particulières d'apparition, par MM. Wallon et Horeau.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Séances plénières des 7-8 novembre 1941

Deuxième question : La glycosurie hypophysaire.

Les troubles de la glycorégulation d'origine hypophysaire et leurs relations avec l'hypothalamus. — P. Sainton et P. Froment. D'une étude clinique et physiologique, il ressort que l'antéhypophyse joue un

rôle important dans les troubles du métabolisme glucidique ; il existe un diabète hypophysaire ; le rôle de l'hypophyse dans le diabète simple peut être soupçonné. L'hypothalamus joue un rôle considérable dans la régulation de la glycosurie et ses lésions provoquent un diabète neurogène. Pour que le métabolisme glucidique soit bien équilibré, la synergie antéhypophyso-hypothalamique est indispensable.

La rœntgenthérapie des glycosuries hypophyso-thalamiques. — MM. L. Delherm et Thoyer-Rozat. Tout en reconnaissant l'interdépendance des centres nerveux hypo-thalamo-infundibulaires avec le système glandulaire hypophysaire, les auteurs limitent leur exposé à l'irradiation hypophysaire, les éléments purement nerveux se montrant moins sensibles aux rayons X.

L'indication de l'irradiation hypophysaire dans le diabète est double : 1° Diabète lié à une hypertrophie de la glande, que cette hypertrophie soit nettement caractérisée (*acromégalie* avec adénome hypophysaire évident) ou discrète (*maladie de Cushing* avec micro-adénome) ; 2° Diabète hypophysaire sans symptômes de tumeur, mais caractérisé par son insulino-résistance.

Pour la première catégorie, il s'agit d'administrer des doses importantes cytolytiques et de répéter les doses en surveillant l'évolution de l'hypertension intra-cranienne et du fond de l'œil.

Pour le diabète insulino-résistant, la technique radiothérapique se propose un freinage de la sécrétion hypophysaire ; les doses sont modérées et peuvent être administrées par des portes frontales et facio-malaires, pour éviter tout risque d'épilation. Les doses administrées sont de l'ordre de 1.000 à 1.500 r par champ. Une seule série suffit d'habitude, l'insulino-résistance étant souvent un trouble transitoire. L'irradiation fonctionnelle de l'hypophyse dans le diabète insulino-résistant s'est montrée efficace dans plusieurs cas suivis par les auteurs, ainsi que dans un certain nombre d'observations parues dans la littérature.

Les auteurs donnent plusieurs observations propres d'acromégalies, de maladie de Cushing et d'insulino-résistance sans tumeur, dont la glycosurie s'est trouvée atténuée par la radiothérapie hypophysaire.

Le diabète banal, sans insulino-résistance, ne leur paraît pas une indication suffisante pour ce traitement.

Il est encore trop tôt pour en faire une étude statistique. Cette méthode mérite en tous cas d'être essayée d'une manière systématique. Les rayons X ne sont pas — dans ce cas — un agent toujours inoffensif : des troubles importants de la glyco-régulation peuvent survenir *au début et surtout après la cessation des irradiations.* Il y a eu même un cas de coma diabétique, apparu cinq jours après la dernière application de rayons X ; le coma une fois combattu, le malade est redevenu insulino-résistant.

Une surveillance très attentive, clinique et biologique, s'impose donc pour ces malades qui doivent être irradiés sans brutalité. La cessation du traitement se fera par des applications de plus en plus faibles, séparées par un intervalle croissant.

MM. J. Decourt et J. Guillemin, dans un diabète sucré juvénile grave, n'ont obtenu qu'un effet transitoire par la radiothérapie de la région hypophysaire. Aussi imparfaite que soit la méthode, elle mérite peut-être une extension plus grande que celle qui lui a été donnée jusqu'à présent, à l'heure surtout où la pénurie d'insuline risque de compromettre gravement le traitement des grands diabètes avec dénutrition.

G. F.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur de l'Ordre

A partir de ce jour toutes les personnes appartenant aux départements de *Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne,* désirant accomplir une cure thermale ou sollicitant un laissez-passer pour raison médicale, devront s'adresser 117, avenue des Champs-Elysées, au bureau du Centre d'information du Comité d'organisation industrielle thermale.

Elles devront s'y présenter munies de deux certificats médicaux. L'un mentionne les raisons médicales qui posent l'indication formelle soit d'une cure thermale, soit d'un séjour à la campagne ou dans une station climatique, l'autre signale simplement le lieu et la durée de la cure ou du séjour.

Les médecins qui procèderont à l'examen des certificats sont habilités par le Conseil supérieur. En cas de contestation il pourra être fait appel à l'un des médecins spécialistes qui ont bien voulu se charger du contrôle des certificats en 1941 à la demande du Conseil départemental de la Seine.

Les malades appartenant aux autres départements doivent comme par le passé, présenter leur demande dans les Préfectures et faire viser leurs certificats médicaux par le Conseil départemental.

(*Communiqué*).

Conseil départemental de la Seine

I

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins est prié de communiquer aux médecins la note suivante :

Ordonnance du 5 février 1942 concernant le traitement médical des personnes appartenant à l'Armée allemande

En vertu des pleins pouvoirs qui m'ont été conférés par le Führer und Oberster Befehlshaber der Wehrmacht, j'ordonne ce qui suit :

§ 1. — 1° Il est interdit aux personnes dont la profession est de soigner les malades (médecins, dentistes, médecins naturistes, infirmiers, infirmières, sages-femmes, etc.) et qui ne sont pas affectés au service de l'armée allemande, de soigner les personnes appartenant à l'armée allemande (militaires et fonctionnaires de l'armée), ainsi que les personnes appartenant à la suite de l'armée et possédant la nationalité allemande.

2° Il ne leur est pas défendu :

a) de donner les premiers soins médicaux dans les cas d'urgence ;

b) d'appliquer le traitement en vertu d'une autorisation écrite, délivrée par un officier de santé allemand.

§ 2. — Celui qui contreviendra à l'interdiction formulée au § 1 sera puni d'emprisonnement et d'amende ou de l'une de ces peines.

§ 3. — La présente ordonnance entre en vigueur dès sa publication.

Der Militarbefehlshaber in Frankreich.

II

Le Conseil départemental de la Seine invite les médecins soignant des ressortissants de la caisse maladie allemande à porter exactement sur les *ordonnances* qu'ils peuvent être amenés à délivrer les renseignements suivants :

1° Caisse maladie allemande ;
2° Nom, prénoms et adresse de l'assuré ;
3° Numéro matricule (ou à défaut date et lieu de naissance).

Lorsqu'il s'agit d'assurés sociaux employés par l'administration allemande et qui sont victimes d'accidents du travail l'ordonnance doit porter, au lieu de la mention « caisse maladie allemande », l'adresse de la formation allemande qui l'employait au moment où l'accident est survenu.

Grâce à ces indications les ordonnances pourront être réglées aux pharmaciens sans perte de temps.

III

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins fait connaître aux confrères que, par suite de la diminution de l'allocation d'essence faite au Corps médical, le service des taxis médicaux de l'Hôtel-Dieu est supprimé à partir du 12 avril.

Les services de Necker et Marmottan continuent à fonctionner normalement.

(*Communiqués*).

Commission régionale de la région sanitaire de Paris

La Commission régionale de l'Ordre des médecins de la région sanitaire de Paris et le Comité de coordination des Conseils de l'Ordre des médecins de la région parisienne se sont réunis le 22 mars 1942.

L'objet principal de la réunion était la discussion de la Convention qui doit intervenir entre les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et l'Union des caisses d'Assurances sociales de la région parisienne pour régler les rapports de ces deux organismes et permettre en particulier le fonctionnement du contrôle technique, fonctionnement resté en suspens depuis la dissolution des syndicats médicaux. L'Union des caisses n'ayant pas accepté de reconduire purement et simplement les conventions qu'elles avaient signées avec les syndicats médicaux défunts, un nouveau projet de convention avait été établi le 26 février par une Commission paritaire composée de représentants des deux parties. Dans sa réunion du 22 mars, le Comité de coordination a modifié assez sensiblement le projet de la Commission paritaire et a notamment refusé de prendre des engagements précis au sujet de la fixation des honoraires minima par les Conseils de l'Ordre. Le projet de convention ainsi modifié devra être soumis à nouveau à la Commission paritaire.

La seconde question importante de l'ordre du jour, était celle des tarifs d'Assistance médicale gratuite dans les trois départements, question d'autant plus importante que celle des tarifs dans les consultations externes des hôpitaux lui est étroitement liée.

Il est déjà acquis que les tarifs d'Assistance médicale gratuite dans les communes de banlieue de la Seine sont relevés respectivement à 20 francs la consultation, et 30 francs la visite. En Seine-et-Oise les nouveaux tarifs non encore acceptés par les autorités supérieures, paraissent devoir être ceux de la Seine diminués de 10 pour 100 (soit 18 francs la consultation, et 27 francs la visite). Pour la Seine-et-Marne l'abattement serait de 20 pour 100, ce qui porterait le prix de la consultation à 16 francs, et celui de la visite à 24 francs. Le prix du kilomètre parcouru serait fixé à 2 francs.

En ce qui concerne les consultations externes données aux assurés sociaux dans les hôpitaux de Seine-et-Oise, le Comité de coordination et la Commission régionale, après un exposé des différentes tendances, ont finalement pris la décision de proposer à l'Union hospitalière de Seine-et-Oise les mêmes tarifs que pour l'Assistance médicale gratuite soit :

Consultation : 18 francs; Chiffre-clé pour les interventions de pratique médicale courante : C = 18 francs; Chiffre-clé pour les actes de spécialités et de radiologie : K = 15 francs. Il a été de plus proposé que les assurés sociaux ne pourraient être acceptés aux consultations externes que sur le vu d'une lettre de leur médecin et paieraient directement la totalité de l'acte médical à l'exclusion de tout système de tiers payant.

La médecine d'Usine a fait l'objet d'un intéressant exposé du Docteur Barthe, représentant du Conseil supérieur auprès de la Commission régionale. De cet exposé il résulte qu'on s'oriente de plus en plus vers une médecine d'Usine dont la médecine de soins serait totalement exclue. Les industriels qui, antérieurement à la loi actuelle faisaient donner des soins à leurs ouvriers par les médecins d'Usines devraient progressivement cesser de le faire dans un délai de un ou deux ans.

Enfin le Comité de coordination et la Commission régionale dont l'ordre du jour était très chargé ont discuté de nombreuses questions, parmi lesquelles celles des dispensaires de soins, des vaccinations antitétanique et antidiphtérique associées, des Assurances sociales agricoles, et de la Convention à intervenir entre l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne et le Comité d'organisation des Maisons de santé privées pour l'hospitalisation des assurés dans les Maisons de santé. Avec satisfaction le Comité de coordination a pris bonne note de ce fait que désormais l'indication du quantum des honoraires n'a plus à être portée sur les feuilles de maladie des assurés sociaux.

○ ○ ○

A TRAVERS L'OFFICIEL

Alcoolisme

Loi du 22 mars 1942

Autorisant les Préfets à étendre, sans préjudice des droits acquis, les périmètres de protection en matière de débits de boissons.

(*J. O.*, 28 mars 1942).

Loi du 3 avril 1942

Permettant d'accorder des dérogations aux dispositions légales et réglementaires concernant la fabrication et la vente des liqueurs et apéritifs et ce, jusqu'à la fin du sixième mois qui suivra la cessation des hostilités. (*J. O.*, 8 avril 1942.)

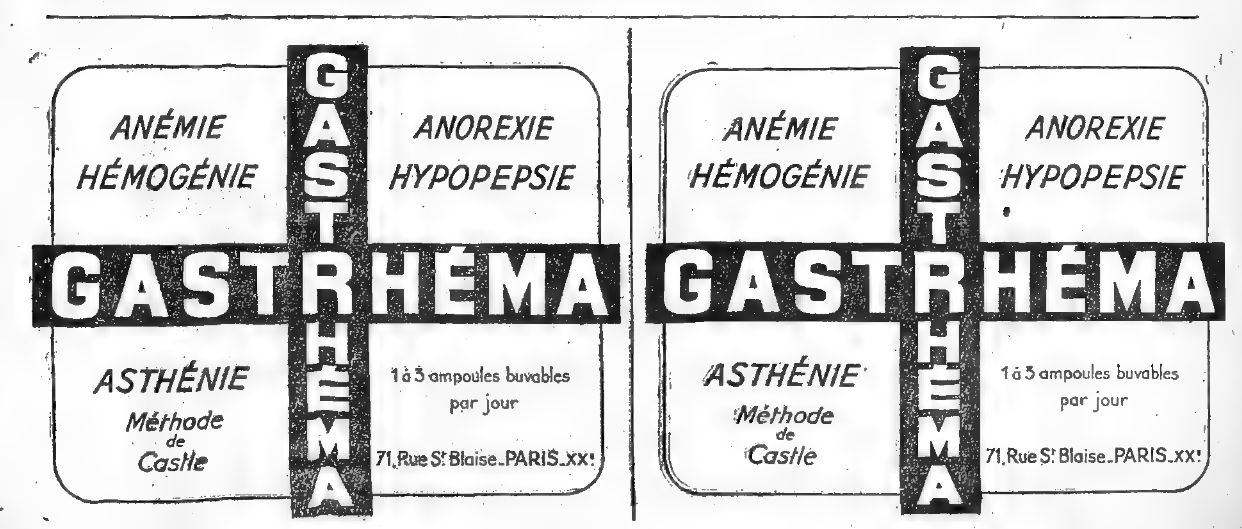
A. M. G.

Par arrêté en date du 19 août 1940, la ville de Dinard a été autorisée à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'assistance médicale gratuite qui lui avait été accordée par arrêté du 7 janvier 1907. (*J. O.*, 31 mars 1942).

Enseignement

Avis relatif aux concours de l'adjuvat et du prosectorat à la Faculté de médecine de l'Université de Paris

Par arrêté en date du 8 janvier 1942, ont été fixées les conditions d'admission au concours de recrutement des aides d'anatomie et des prosecteurs de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ainsi que les programmes des épreuves desdits concours.



Les candidats au concours de l'adjuvat doivent être Français, étudiants en médecine et avoir fait un stage d'un an au moins et de deux ans au plus dans les services de l'école pratique de médecine de Paris, en qualité d'aide d'anatomie bénévole. Les candidats devront déposer, un mois avant l'ouverture du concours, deux pièces disséquées pendant le cours de l'année.

Seuls peuvent prendre part aux épreuves du concours du prosectorat les aides d'anatomie en exercice dont l'assiduité aux séances de travaux pratiques a été constatée.

Pour tous renseignements sur la nature et la date des épreuves, les candidats devront s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine de l'Université de Paris.

(*J. O.*, 27 mars 1942).

Exercice de la médecine

Arrêté du 25 mars 1942 interdisant définitivement, par application de la loi du 22 novembre 1941, l'exercice de la médecine aux praticiens étrangers suivants :

DÉPARTEMENT DE LA SEINE

M. le Docteur Babok (Bejalel), né le 23 mai 1907 à Constantinople (Turquie), exerçant antérieurement à Paris, 31, boulevard Rochechouart.

M. le Docteur Balbus (Séverin), né le 1er janvier 1907 à Varsovie (Pologne), exerçant antérieurement à Paris, 7, rue de Lancry (Xe).

M. le Docteur Apatchewsky (Simkha), né le 3 août 1895 à Mikhaïlovka (Russie), exerçant antérieurement à Paris, 24, avenue Friedland.

M. le Docteur Buchery (Samuel), né le 11 décembre 1870 à Braïla (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 71, rue de Passy.

M. le Docteur Fischer (Ladislas), né le 25 octobre 1911 à Oradéa (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 56, boulevard Flandrin.

M. le Docteur Goldschmann (Moïse), né le 5 mars 1867 à Zima (Sibérie), exerçant antérieurement à Paris, 5, place Saint-Michel.

M. le Docteur Gottschalk (Adolphe), né le 20 août 1910 à Libau (Lettonie), exerçant antérieurement à Paris, 6, rue Henri-Duchêne.

M. le Docteur Jacob (Avram), né le 23 août 1909 à Bucarest (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 5, rue d'Odessa.

M. le Docteur Brawermann (Moïse), né le 1er janvier 1905 à Brest-Litowsk (Russie), exerçant antérieurement à Paris, 182, rue des Pyrénées.

M. le Docteur Borgida (Joseph), né le 3 mai 1905 à Satu-Marc (Hongrie), exerçant antérieurement à Paris, 15, rue Lebouteux (XVIIe).

M. le Docteur Jampolsky (Maurice), né le 27 septembre 1901, à Kotanka (Russie), exerçant antérieurement à Montreuil-sous-Bois, 28, boulevard de Chanzy.

Mlle le Docteur Blass (Sarah), née le 16 février 1888 à Gora-Kalvarga (Pologne), exerçant antérieurement à Paris, 28, avenue Carnot.

Mme le Docteur Bronstein, née Margoline (Lydie) née le 27 6-9/7 1898 à Novgorod (Russie), exerçant antérieurement à Paris, 3, rue des Acacias.

Mme le Docteur Glikmann, née Malis (Esther), née le 24 janvier 1901 à Kovno (Lithuanie), exerçant antérieurement à Paris, 131, boulevard Brune.

Mme le Docteur Imianitoff (Sarah), née le 28 juillet 1883 à Volkovski (Russie), exerçant antérieurement à Boulogne-sur-Seine, 54, rue du Château.

M. le Docteur Abramovitz (Richard), né le 20 octobre 1897 à Botosani (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 84, rue du Faubourg-du-Temple.

M. le Docteur Kardos (Nicolas), né le 17 avril 1901 à Jibou (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 11, rue de Douai.

M. le Docteur Miller (Tegozyga), né le 21 janvier 1912 à Varsovie (Pologne), exerçant antérieurement à Paris, 16, rue Sainte-Isaure.

M. le Docteur Orenstein (Salomon), né le 23 avril 1898 à Botosani (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 23, rue de la Chine.

M. le Docteur Pappo (Isaac), né le 3 janvier 1901 à Hascovo (Bulgarie), exerçant antérieurement à Paris, 108, avenue Ledru-Rollin.

M. le Docteur Seillinger (Isser), né le 11 novembre 1881 à Berisoksva (Russie), exerçant antérieurement à Paris, 132, boulevard du Montparnasse.

M. le Docteur Spector (Itec), né le 5 juin 1904 à Secureni (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 51, rue d'Avron.

M. le Docteur Szwarc (Samuel), né le 22 novembre 1898 à Varsovie (Pologne), exerçant antérieurement à Paris, 95, boulevard Beaumarchais.

M. le Docteur Mathias dit Mateias (Joseph), né le 18 février 1883 à Bucarest (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 5, square de l'Opéra.

M. le Docteur Mendel (Marcel), né le 22 novembre 1909 à Braïla (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 346 *bis*, rue des Pyrénées.

M. le Docteur Mordo (Bohor), né le 17 mars 1915, à Smyrne, exerçant antérieurement à Paris, 1, villa Dancourt.

M. le Docteur Sapoznick (Leiba), né le 19 mars 1900 à Tuézyn (Russie), exerçant antérieurement à Paris, 184, rue du Faubourg-Saint-Denis.

M. le Docteur Spitzer (Géza), né le 22 mars 1897 à Bolcok (Hongrie), exerçant antérieurement à Paris, 3, avenue de la République.

M. le Docteur Zisman (Mayer), né le 29 mai 1893 à Ploesti (Roumanie), exerçant antérieurement à Paris, 5, rue de Turbigo.

Mlle le Docteur Kritchewsky (Paula), née le 2 juillet 1906 à Saint-Gall (Suisse), exerçant antérieurement à Paris, 74, rue de la Tour.

M. le Docteur Suchodolski (Abram), né le 6 mars 1901 à Varsovie (Pologne), exerçant antérieurement à Paris, 31 *bis*, avenue de la République.

M. le Docteur Houlnick (Georges), né le 29 octobre 1894, à Grodno (Russie), exerçant antérieurement à Pantin, 46, place de l'Eglise.

Mlle le Docteur Joffe (Rachel), née le 26 avril 1876 à Kowno (Russie), exerçant antérieurement à Paris, 15, rue du Lunain.

Mlle le Docteur Liphschutz (Ida), née le 28 décembre 1905 à Pétrograd (Russie), exerçant antérieurement à Paris, 77, rue Vauvenargues.

(*J. O.*, 4 avril 1942).

Inspection des Ecoles

Avis de concours pour la nomination de deux médecins inspecteurs des écoles dans le département du Loiret

Il est ouvert, dans le département du Loiret, un concours sur titres pour la nomination de deux médecins inspecteurs des écoles.

Les candidats des deux sexes devront être Français d'origine, satisfaire aux dispositions visant les Juifs et les sociétés secrètes et être âgés de vingt-cinq ans au moins et de trente-cinq ans au plus (cette limite d'âge sera reculée d'un nombre d'années égal au temps passé sous les drapeaux pendant la guerre 1939-1940 ; les services considérés comme campagne entreront en ligne de compte pour le calcul de cette limite d'âge. Ils devront être pourvus du diplôme de docteur en médecine (diplôme d'Etat).

Voir la suite page XVIII-453

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA NOTION DE DEVOIR FISCAL

Depuis les premiers jours de janvier qu'ont été publiées les nouvelles dispositions fiscales de la loi de finances, on se doute que nombreuses ont été, dans le courrier du *Concours*, les lettres apportant les protestations indignées de ses lecteurs. Ce pays, qui a dû, depuis dix-huit mois, s'accoutumer à tant d'incroyables nouveautés, ne s'est pas encore fait aux attaques brusquées de sa propre administration. S'il y a un instinct légitime et louable, c'est bien, à n'en pas douter, l'instinct de conservation. L'instinct du contribuable, frappé à coups redoublés et injustement par des fonctionnaires imbus de redoutables prérogatives lui commande le seul acte de défense possible : crier, crier assez fort et assez longtemps pour être entendu de l'empyrée où trônent les puissances et les dominations. C'est pourquoi j'avais cru remplir un office d'urgente et indiscutable nécessité en écrivant, il y a quelques semaines, un article pour vitupérer le fisc.

Mais, à peine paru, cet article m'a valu, dans un milieu extra-médical il est vrai, d'être morigéné sur le ton grave d'un prêche.

« Les Français n'ont pas changé, et les médecins sont bien à l'image des autres Français. Protester et, pour employer le terme en usage, « rouspéter » continue à être leur réaction immédiate à toute mesure leur demandant un effort supplémentaire. Que, de ci de là, ils trouvent dans les faits et gestes de leurs dirigeants matière à amertume et, par voie de conséquence, à protestation, c'est certain, et personne ne s'étonnerait s'ils s'en tenaient à ces manifestations de légitime défense.

« Mais de quoi s'agit-il aujourd'hui ? D'un impôt qui s'alourdit un peu, d'une invite à participer davantage aux charges collectives.

« Et vous (on voit que mon interlocuteur prenait le ton direct) qui êtes assez glorieux de votre profession pour réclamer en sa faveur une part prééminente dans l'Etat vous vous faites soudain très modestes dès que cette prééminence s'étend à votre bourse. Or, l'on constitue et l'on définit une élite non seulement en lui concédant des prérogatives de direction mais aussi, par une juste compensation, en l'astreignant à des charges exemplaires, morales en premier lieu, matérielles s'il le faut.

« Dans quel état financier se trouve la France aujourd'hui ? Pensez-vous que la note à payer soit assez lourde, que les travaux de restauration nécessaire dans tous les domaines soient assez vastes pour qu'elle soit en droit de demander à tous une contribution accrue ?

« Le jour où elle s'adressera à d'autres catégories de citoyens (car il faudra bien que tous fassent pénitence au confessionnal du fisc) sera-ce d'un salutaire exemple que les professions libérales, alors qu'elles se représentent volontiers comme le dernier refuge du civisme, aient si mal répondu à l'invite de l'impôt ? Vous, médecins, vous êtes, parmi les ressortissants des professions libérales, ceux qui sont au contact direct des masses populaires et ceux qui trompez le fisc avec le plus d'audace : ne protestez pas ; les chiffres sont là et de source officielle. Or autant les masses populaires sont réfractaires à un raisonnement, parce qu'elles soupçonnent toujours dans cet échafaudage de logique un trompe-l'œil quelconque qu'elles n'aperçoivent pas et qui va les mystifier, autant elles sont sensibles à l'affirmation forte des tribuns et à l'exemple des cœurs purs. C'est par l'exemple que certains desservants des religions parviennent à s'imposer dans des milieux hostiles. Et si vous, desservants laïques, répugnez aux habiletés des pipeurs de foules, c'est seulement l'exemple qui vous reste pour agir sur vos concitoyens.

« Réfléchissez-y au moment où vous jetez feu et flammes contre les récentes mesures fiscales.

« Noblesse oblige, et le devoir fiscal n'est pas un devoir mineur ».

***

Ces paroles sévères plaçaient le problème sur un autre plan que nous ne l'avions envisagé jusqu'ici.

Certes, il est de bonne technique pour faire accepter une pilule amère, d'invoquer la générosité du sacrifice et la valeur spectaculaire de l'exemple. N'importe quel homme est toujours en cela un peu corbeau et se laisse arracher son fromage du bec par quelques appels bien placés à sa vanité.

Cependant aucun de nous, médecins, dont les patients attendent et écoutent les paroles avec foi et parfois même une véritable ferveur ne peut rester insensible à l'argument que l'exemple donné par nous aura un pouvoir spécial de persuasion. Il est indiscutable qu'un être qui n'entend pas en lui-même les prescriptions d'une discipline morale s'alignera volontiers sur un de ses semblables dont il est accoutumé à recevoir soit des conseils, soit des ordres, mais en tous cas du réconfort. C'est une des responsabilités de notre état que la maladie livre à notre ascendant les âmes en même temps que les corps, et que nous ne puissions déroger sans faire scandale. Mais est-ce déroger que discuter avec le fisc et élever la voix lorsque, comme dans le cas présent, il a la main lourde ?

Le raisonnement de notre censeur n'était pas dénué de justesse ; mais il appelait diverses observations qui en restreignaient singulièrement la portée.

« Veuillez d'abord, Monsieur, ripostai-je, ne pas confondre des espèces aussi essentiellement différentes que la France et le fisc et ne pas nous reprocher de manquer d'amour pour celle-là parce que nous nous colletons tant soit peu avec celui-ci. Oui la France se trouve dans un dénuement tel que ses besoins d'argent sont pressants ; mais la France est une grande dame qui a du savoir-vivre et de la fierté et elle rougirait si elle apprenait les procédés de ses intendants. Car elle a des serviteurs bien mal stylés et qui ne lui font quelquefois guère honneur. Ne la mêlons pas aux comptes que nous pouvons avoir avec les uns ou les autres et que nous réglons au mieux de nos modestes possibilités.

« Ceci posé j'entre dans votre point de vue et concède que le devoir fiscal, un des plus impératifs à l'heure actuelle, mérite des sacrifices particuliers ; et que, si l'on parle de sacrifices, c'est à ceux mêmes qui les préconisent de commencer par s'en imposer. Si les intérêts particuliers doivent le céder à l'intérêt

collectif, il faut bien que certains montrent la voie, et, par conséquent, ceux dont l'exemple est le plus valable. D'accord sur tout cela.

« Mais tout d'abord, qu'est-ce que ces chiffres de revenus dérisoires qui auraient été déclarés par de nombreux médecins ? C'est le Fisc lui-même qui les publie car il est seul en mesure de les posséder et nul ne saurait les vérifier, donc les contester. S'ils sont exacts pourquoi le Fisc ne s'en est-il pas ému plus tôt ?

Pourquoi n'a-t-il pas traduit ces bataillons de soit-disant déserteurs de l'impôt devant les Commissions de pré-conciliation fiscale instituées tout exprès pour redresser les déclarations frauduleuses ? Or ces Commissions eurent fort peu à faire ces dernières années ; j'en sais qui, au moment de la guerre, n'avaient pas siégé depuis plus d'un an. Ne sommes-nous pas en droit de dire que, par cette abstention prolongée, le Fisc avait donné son accord tacite aux déclarations du Corps médical ? Et ne peut-on être surpris par ses accusations sorties on ne sait de quels cartons, et sournoisement retardées on sait maintenant dans quel dessein : atteindre le Corps médical en entier au lieu de frapper individuellement les fraudeurs. Au lieu de justice : de la hargne, du parti-pris, de la lutte de classes. Belle agrafe de campagne à accrocher au ruban de la Révolution Nationale !

***

« Et puis, en définitive, fis-je plus vivement et contre-attaquant à mon tour, vous nous tracez des devoirs bien à la légère et sans savoir si nous n'en remplissons pas déjà de considérables. En faveur de ce devoir fiscal qui éveille votre éloquence, que faites-vous, vous, fonctionnaires, armature de l'Etat, parure immaculée de l'Administration ? Vous payez, dites-vous, votre écot jusqu'au dernier carat et sans échappatoire possible ? Oui, une fois par an, au reçu de votre avertissement, vous lâchez quelques billets aux mains du percepteur, et vous voilà quittes. La notion du devoir fiscal n'effleurera plus votre esprit qu'un an plus tard. Savez-vous que cette notion est présente au nôtre tous les jours et à toute heure ? Car chaque fois que nous servons l'Etat, il défalque délibérément de notre dû un impôt considérable. Chaque fois qu'un indigent, un réformé de guerre, un gendarme, un postier, un employé de ministère, de cartoucherie, d'arsenal que sais-je encore, consulte gratuitement un médecin, celui-ci constate qu'il vient de consentir un rabais de 50 ou 80 % à l'Etat et qu'encore le reliquat lui sera payé dans six mois, dans un an, lorsqu'il plaira, en somme, à un fonctionnaire de votre genre qui somnole dans sa sécurité et son irresponsabilité.

« Et si le médecin ainsi ponctionné 5, 10, 15 fois par jour ne finit pas par crier, c'est que justement cette notion du devoir fiscal et de la valeur d'exemple du sacrifice lui est devenue si familière qu'il ne l'identifie même plus dans son inconscient.

« En sorte, Monsieur, que nous pourrions valablement vous retourner votre homélie et vous inciter à affronter d'un cœur vaillant vos devoirs envers la collectivité. Que diriez-vous d'une heure de travail gratuit par jour pour tous les fonctionnaires de l'Etat ? Ce serait, pour commencer, un geste symbolique de soumission au devoir fiscal. Et quel exemple salutaire de généreux civisme. »

A la façon dont mon interlocuteur me regarda, je compris que nos relations ne seraient pas resserrées par cet entretien.

G. Lavalée.

INFORMATIONS JUDICIAIRES

La responsabilité du médecin traitant doit-elle se cumuler avec celle du chirurgien ?

Il arrive assez fréquemment qu'un malade mécontent ou mauvais payeur — n'est-ce pas souvent la même chose ? — croit devoir engager une action en responsabilité à la fois contre le médecin traitant et contre le chirurgien dont son confrère a jugé l'intervention nécessaire.

En cas d'erreur de diagnostic ou de traitement susceptible de constituer une faute professionnelle, qui doit être tenu pour responsable ? Le médecin, le chirurgien ou tous les deux ?

Le malade, lui, a simplifié en assignant l'un et l'autre, mais comme chacun ne doit répondre que de sa propre faute, la question, sur le plan juridique, demande à être regardée de plus près.

Aussi les tribunaux ont-ils été amenés à adopter le criterium que voici : si le cas pour lequel le médecin traitant a fait appeler le chirurgien relève de la chirurgie, c'est le chirurgien à qui le médecin a, en quelque sorte, passé la main, qui est considéré comme ayant l'initiative et la responsabilité du traitement. Et si le médecin continue à intervenir pour suivre et appliquer les directives du chirurgien, aucune part de responsabilité ne doit être mise à sa charge.

Deux décisions intéressantes viennent d'être rendues en ce sens, l'une par le Tribunal, l'autre par la Cour de Poitiers, chacune au profit d'un adhérent du *Sou médical*.

Dans l'espèce soumise au Tribunal civil de Poitiers, il était fait grief au médecin et au chirurgien de ce qu'une fracture du col de fémur n'avait pas été découverte lors de l'examen d'un blessé atteint de lésions multiples dans un accident d'automobile.

Le chirurgien ignorant l'existence de la fracture, avait institué un traitement qui avait eu pour conséquence une aggravation de l'infirmité dont le blessé est demeuré atteint. D'où procès en responsabilité contre le chirurgien et aussi contre le médecin, qui n'avait fait que surveiller le traitement institué par son confrère.

Saisi du litige, le Tribunal de Poitiers a retenu la responsabilité du chirurgien, mais a mis le médecin hors de cause en motivant ainsi sa décision : « *Attendu, en ce qui concerne le Dr X... « qu'aussitôt après l'accident, le blessé a été con- « duit à la clinique dont le médecin-chef est le « Dr Z... ; que c'est ce dernier qui l'a examiné, « qui a fait les premiers pansements, et s'est enquis « le lendemain des résultats de la radiographie ; « que le Dr X..., médecin de médecine générale, « assistait bien à ces opérations, mais à titre d'au- « xiliaire ; qu'on ne saurait lui reprocher de n'avoir « pas relevé la fracture du col par suite d'un exa- « men insuffisamment minutieux, alors que c'était « le Dr Z..., dont c'est essentiellement la spécialité, « qui y procédait ;*

« *Que si, par la suite, il a été chargé par le Dr Z., « qui s'absentait, de suivre le blessé, et de le veiller,*

« il ne lui appartenait pas, alors qu'il avait reçu « du chirurgien des directives en fonction du dia- « gnostic établi, de rien changer au traitement indi- « qué ;

« Qu'ainsi, aucune faute ne pouvant être retenue « à la charge du Dr X..., il y a lieu de le mettre « hors de cause, sans dépens ;

La Cour de Poitiers avait eu à juger peu de temps auparavant, une situation analogue. Dans cette dernière espèce, il s'agissait encore d'une fracture du col du fémur, avec cette différence que le diagnostic avait été, dès le début, correctement établi. Ici, la faute reprochée à la fois au médecin traitant et au chirurgien consistait à ne pas s'être rendu compte du défaut de consolidation de la fracture, ce qui avait augmenté la durée du traitement et aggravé l'infirmité.

En première instance, la demanderesse avait perdu son procès à la fois contre le médecin et le chirurgien. Sur son appel, la Cour de Poitiers a partiellement infirmé la décision du Tribunal ; elle a estimé que le chirurgien avait commis une faute en ne surveillant pas lui-même l'état de la blessée et a, au contraire, maintenu hors de cause le médecin traitant, en s'inspirant de motifs analogues à ceux qui ont déterminé la conviction du Tribunal de Poitiers dans l'affaire que nous avons précédemment signalée :

« Attendu, dit la Cour, qu'il est constant que le « rôle du Dr X... a été uniquement, après avoir « reconnu la fracture du col du fémur, de faire « appel à un chirurgien spécialiste, le Dr Z... ; « qu'il s'est borné à soigner l'état général de la ma- « lade comme il le faisait auparavant et que sa res- « ponsabilité ne saurait être engagée à l'occasion « du traitement spécial que comportait la fracture « et auquel il est demeuré étranger » ;

Les deux décisions que nous venons de rapporter, procèdent, on le voit, du même principe. Sans doute, il n'existe en une telle matière, pas plus qu'en aucune autre, de règle absolue.

S'il arrivait par exemple qu'après l'intervention du chirurgien, le médecin traitant ait cru devoir prendre une initiative parallèle ou même contraire aux directives établies par son confrère, et que cette initiative ait eu des résultats dommageables pour le malade, il est évident que la responsabilité se trouverait déplacée au désavantage du médecin.

Mais il ne paraît pas douteux que, dans tous les cas où le chirurgien aura formulé le diagnostic et institué le traitement et où le médecin se sera borné à appliquer les prescriptions du chirurgien, les Tribunaux adopteront la solution fort raisonnable du tribunal et de la Cour de Poitiers, solution qui n'est d'ailleurs qu'une application de l'adage bien connu : « La responsabilité est l'ombre de l'autorité ».

Me André CROCHARD,
Avocat à la Cour d'Appel de Paris.

EN LISANT LE BULLETIN DE L'ORDRE DES MÉDECINS

(No 1, Janvier 1942)

Ce qui va suivre n'est pas une critique au mauvais sens du mot. Je n'ai pas l'intention de dénigrer ; je me rends compte des difficultés que rencontrent, dans la situation actuelle de la France et en un temps où tout se transforme, ceux qui président aux destinées de la médecine française. Il y a pourtant dans leurs actes ou dans leurs écrits des choses de nature à choquer profondément la masse des médecins français et à aggraver le divorce qui tend ou tendait à s'établir entre les uns et les autres. Si ces lignes parviennent jusqu'au Secrétaire d'Etat ou au Sous-Secrétaire d'Etat à la Santé, il m'est indifférent qu'elles leur soient agréables ou désagréables ; lorsqu'on adresse un compte-rendu à un chef, on ne se propose qu'une chose : l'éclairer.

×

1. *Note du Sous-Secrétaire d'Etat (page 27).* « Loin de s'insurger contre les Assurances sociales, les médecins devraient comprendre..... » Le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé avait dit la même chose dans son discours d'Aix-les-Bains. Je serais curieux de savoir où l'un et l'autre ont vu que les médecins s'étaient insurgés contre les Assurances sociales ; il n'est pas question, bien entendu, de l'opinion personnelle de quelques isolés, mais bien des décisions et des actes des syndicats médicaux et de leur Confédération ; et j'attends des précisions. Je ne vois guère que les dirigeants des Caisses d'Assurances sociales de la région parisienne qui aient pu considérer comme une insurrection contre les Assurances sociales nos efforts constants pour résister à leurs tentatives de main mise sur la médecine et les médecins. Je m'inquiète de voir nos chefs et seuls défenseurs actuels épouser les idées de ces Messieurs. Quelle situation aurait trouvée le Docteur Serge Huard en prenant ses fonctions si, pendant des années, nous n'avions mené le combat ?

×

2. La même note se termine par un exposé un peu difficile à comprendre pour les non initiés. Cette proposition répète les paroles prononcées le 25 janvier 1942 à Paris par le Sous-Secrétaire d'Etat à la Santé, lesquelles paroles reproduisaient exactement celles que nous avons entendues depuis des années au cours de nos entretiens avec le haut personnel des Caisses d'assurances sociales de la région parisienne. Cela veut dire tout simplement l'institution d'un tarif limitatif pour les soins aux assurés sociaux. C'est exactement le contraire de la médecine profession libérale telle qu'elle est définie quelques lignes plus haut dans la même note. Pour comble de gentillesse, on invite les médecins à prendre l'initiative de cet accord. Lorsque l'empereur de Chine désirait la fin d'un mandarin, c'est, dit-on, dans un précieux coffret de laque et avec une lettre de compliments qu'il lui envoyait un cordon de soie.

×

3. *A propos du Comité technique de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales (page 29 du Bulletin).*

« On voudra bien remarquer que sur les 15 membres que comporte le Comité technique de cette institution, 12 sont des médecins. »

Oui, certes ! Mais sur ces douze docteurs en médecine, combien de médecins praticiens ? combien de médecins soignant habituellement, en clientèle, des assurés sociaux ? Un ! Encore est-ce un médecin de région rurale ayant à faire presque exclusivement à des assurés agricoles ; pas un seul ayant en face de lui habituellement les assurés sociaux de l'industrie et leurs Caisses, pas un seul connaissant l'état d'esprit des dirigeants des grandes Caisses d'Assurances sociales.

C'est grave, d'autant plus grave qu'on cherche à le cacher. Les médecins praticiens en lisant cela auront l'impression qu'on veut leur faire prendre des vessies pour des lanternes et l'émotion causée par la création de l'institut sanitaire ne pourra que s'en trouver aggravée. Ce n'est pas ainsi que l'on apaisera cette vive et légitime émotion.

×

4. *On lit à la page* 35 : « Les prix d'expertises médicales demandées par les Conseils de Réforme militaires (commissions de réforme ou centres de réforme seraient, je crois plus exacts) ont été portés de 5 à 10 francs. »

On m'a demandé ce matin 6 francs au garage pour vérifier le gonflage de mes pneumatiques et y remettre un peu d'air. Comparons ! Pauvres experts ! ou pauvres expertisés !

×

5. *D'après le Ministre des Finances* (*p.* 38 *du Bulletin*), « 40 % des médecins ne paient pas d'impôt sur le revenu, leurs bénéfices déclarés s'étageant entre 10.000 et 20.000 francs ; la moyenne des déclarations n'est que de 30.000 francs. » Voilà une affirmation que je n'admettrais pas, si j'étais secrétaire d'Etat à la Santé ou Président du Conseil supérieur de l'Ordre, sans demander communication du rapport et des documents justificatifs qui ont permis au Ministre des Finances d'établir ce fait, et je chargerais une commission d'étudier à fond la question. Si l'affirmation était reconnue mal fondée, au nom d'une profession qui n'a plus d'autres défenseurs je demanderais rétractation et abrogation des dispositions prises en conséquence. Au cas contraire, je demanderais des sanctions pour les gros coupables ; le procédé qui consiste à faire payer les innocents quand on n'a pas pu découvrir les coupables ne me satisfait pas.

×

6. (*Page* 38 *du Bulletin*). « Le contrôle des déclarations sera fait par un membre du Conseil de l'Ordre désigné par l'administration des Contributions directes. »

Voilà pour un confrère une fonction bien délicate. Pourtant, faite avec tact, toute initiative étant laissée à ce confrère pour opérer comme il l'entendra, cette besogne ingrate pourrait aider à résoudre cette question ardue de la déclaration du revenu professionnel.

×

7. Continuant à exercer au delà de 65 ans, hélas ! je ne puis que me réjouir de la diminution promise de ma patente, mais voilà que je vais sombrer dans ce fameux égoïsme médical dont on nous accuse avec tant d'ingratitude ! Heureusement, je puis me réjouir aussi de voir la même mesure justement appliquée aux débutants.

Dr HUMBEL.

LE SOU MÉDICAL

Une œuvre corporative dont le passé répond de l'avenir

Tous ceux de nos lecteurs qui avaient adhéré à notre vieille Ligue de Défense professionnelle ont reçu au cours de ces derniers mois, des imprimés à remplir et à retourner à la « *Société médicale mutuelle d'assurance et de Défense professionnelles « Le Sou médical* ». Ainsi qu'une circulaire le leur expliquait, il ne s'agissait pour nous que d'une simple « mue », nécessitée par la législation sur les Sociétés d'assurances. Le décret du 30 juin 1938, complété par le règlement d'administration publique du 30 décembre 1938 et les textes qui les ont suivis ont fait obligation aux sociétés pratiquant en fait l'assurance d'adopter. un des moules limitativement établis par la loi C'est la forme de Société mutuelle qui nous a semblé convenir le mieux à l'activité de notre Ligue. Ainsi s'explique la modification de notre qualification sociale.

Le « Sou médical », Société d'assurances ? Eh oui ! vous le savez bien, confrères qui avez eu maille à partir avec un client mécontent d'un traitement inefficace ou malheureux. Mais le « Sou » n'est pas qu'une Compagnie d'assurances, et c'est ce qui fait son originalité.

Il donne à ses adhérents des conseils sur toutes les questions d'ordre professionnel qui lui sont posées.

Il lui arrive même d'avoir à élucider des problèmes d'ordre privé, patrimonial, familial même...

De plus, il accorde son appui moral et pécuniaire à tout sociétaire entraîné, comme demandeur ou défendeur, dans un procès d'ordre professionnel. Ils sont innombrables, les principes essentiels à l'existence du praticien que la jurisprudence a dégagés sur l'initiative du « Sou médical » à la faveur de conflits avec les adversaires naturels du médecin que sont les grandes collectivités publiques ou privées.

Notons que c'est ce caractère « Défense professionnelle » qui a prévalu à l'origine et pendant longtemps sur le caractère « Assurance » dans l'activité du « Sou médical ». Un coup d'œil rapide sur le passé de notre Ligue mettra ce fait en évidence.

C'est en 1897 que les fondateurs du *Concours médical*, conçurent l'utilité d'une Société « de secours, d'aide, de défense et de prévoyance » dont la dénomination s'inspirerait de la cotisation demandée aux membres (un sou par jour), et dont les buts d'action devaient être, selon Gassot lui-même, dans son discours à l'assemblée générale du *Concours médical* du 14 novembre 1897, « la constitution d'une Caisse de secours immédiats, l'instruction et l'éducation médicale des fils de médecins, la constitution d'un trésor de guerre contre les collectivités, la poursuite de l'exercice illégal, l'amélioration de la jurisprudence médicale ». Dans ce programme, se trouvaient donc curieusement mélangés les soucis de bienfaisance et d'entr'aide avec les préoccupations de Défense professionnelle. Mais d'assurance, point.

Le 20 novembre 1898 se tient la première Assemblée générale de la Ligue qui vote les premiers statuts, absolument muets sur la garantie de la responsabilité professionnelle.

Deux ans plus tard cependant (1900), et malgré ce silence des statuts, le « Sou » était amené à rembourser à l'un de ses adhérents une partie des condamnations prononcées contre celui-ci par la Cour d'Appel de Caen. Les mobiles qui expliquent l'attitude de la Ligue à l'époque relèvent alors uniquement de l'assistance professionnelle, ou comme l'on

disait alors « des mesures de bienfaisance ». Cet incident marque le point de départ de toute l'évolution ultérieure en faveur de la protection contre les effets de la responsabilité professionnelle. La notion de responsabilité médicale n'avait pas encore été précisée par la jurisprudence aussi nettement qu'aujourd'hui.

Mais dès 1904 les statuts, modifiés, mentionnent que la garantie de la Ligue joue en matière de responsabilité à concurrence de 2.000 francs.

Puis sous l'influence de l'évolution jurisprudentielle, et en conformité des avis pleins de sagesse et de clairvoyance des Jeanne, des Gassot, des Boudin, etc..., le chiffre de la garantie de la Ligue fut porté, par étapes successives, à 10.000 francs (1919), 20.000 francs (1921), 70.000 francs (1926), 150.000 francs (1939). La cotisation, il faut l'avouer, avait, elle aussi, augmenté. Mais le *Concours médical* fournissait à ceux de ses abonnés adhérents de la Ligue un complément de garantie portant la couverture des risques successivement à 30.000 (1921), 100.000 (1926), 300.000, puis un million (1939).

Parallèlement à l'accroissement de la branche assurance, l'activité de la branche « Défense professionnelle » se développait. Il n'est pour s'en convaincre que de se remémorer les rapports annuels si solidement documentés de notre regretté Boudin.

Aujourd'hui, malgré les difficultés de l'heure, notre Société rajeunie est plus à même que jamais de donner aux praticiens toute l'aide qu'ils sont en droit d'en attendre. L'avènement de l'Ordre n'a pas réduit notre champ d'action, ni modifié le sens de notre activité. Société d'assurances, nous continuons à offrir aux médecins une garantie solide dont les chiffres de nos derniers bilans sont les plus sûres cautions. Nous savons que si quelques conseils départementaux ont cru pouvoir imposer aux médecins de leur ressort l'affiliation à telle société d'assurances avec laquelle ils auraient passé des accords globaux, le Conseil supérieur a tenu à leur rappeler que de tels agissements étaient illégaux et que la liberté d'affiliation reste entière pour chaque médecin individuellement. Conseillers de nos confrères sur le plan professionnel ou déontologique, nous ne faisons pas double emploi avec l'Ordre que d'autres tâches plus urgentes sollicitent. Les rapports suivis que nous entretenons avec maints conseils départementaux sont la preuve de notre utilité persistante. Ceux-ci savent d'ailleurs que nous leur donnerions volontiers notre appui juridique et financier pour résoudre toute question d'intérêt général pour la profession, comme nous le faisions autrefois pour les syndicats et que, dans la période agitée que nous traversons, nous représentons, dans le Corps médical, un des rares éléments de continuité et de cohérence dans l'action. C'est donc avec confiance que nous envisageons l'avenir du « Sou médical » à la fois si mûr et si jeune. « Le « Sou » est mort. Vive le « Sou » !

J. Noir,
Secrétaire général.

SCÈNES DE LA VIE MÉDICALE

Trois comédies du Professeur Pierre Delbet

Le Professeur Pierre Delbet, membre de l'Académie de médecine, chirurgien très distingué, artiste à ses heures, et auteur de deux produits universellement répandus à qui il a donné son nom, parvenu au terme de son existence, s'est découvert sur le tard, des qualités d'écrivain et de dramaturge. Il vient de





publier chez l'éditeur Denoël en un volume, trois pièces de théâtre, pièces à thèse et ayant trait à la médecine, intitulées : *Scènes de la vie médicale.*

La première en quatre actes : *A qui la faute* ? met en scène un ménage très uni qui, pendant les vingt-huit jours du mari, prend quelques libertés mutuelles, l'avarie des deux conjoints en est la conséquence et dont ils s'en attribuent tous les deux la responsabilité.

La seconde comédie en trois actes : *Dichotomie,* nous arrêtera un instant.

La troisième : *Responsabilité,* en quatre actes, a trait à l'appréciation par des experts psychiatres de la culpabilité d'un criminel.

La *dichotomie* est un sujet brûlant sur lequel on a tout dit, même dans ce journal.

Interdite par la Confédération des Syndicats médicaux français et depuis par le Code de Déontologie de l'Ordre des médecins, ne l'ayant jamais moi-même admise, je n'entreprendrais pas d'instruire de nouveau son procès. Mais M. le Professeur Pierre Delbet qui aurait mieux fait à mon avis de se taire, se laisse aller dans sa comédie à des affirmations outrées qu'il suffit de citer et ne méritent pas d'être démenties, notamment quand il accuse les syndicats de la favoriser et d'exiger d'un chirurgien des opérations inutiles. Il suffira de quelques citations pour laisser le lecteur juge :

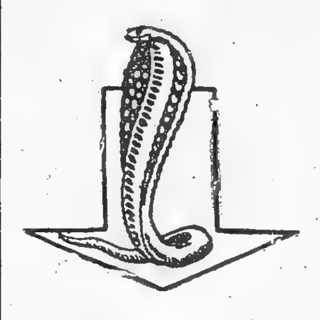
Ainsi, il met dans la bouche d'Ariste, un chirurgien scrupuleux, professeur à la Faculté, membre de l'Académie, les paroles suivantes : « Dans la région où il était (un chirurgien, professeur d'une Faculté de province), prétend Ariste, tous les médecins sont syndiqués. Quand ils ont décidé une opération, le chirurgien doit l'exécuter quoiqu'il en pense. Il en est qui se préoccupent peu des indications opératoires. Il en est de même qui font opérer des moribonds auxquels l'opération ne peut rendre aucun service. Ils sont arrivés, me disait notre collègue, à exiger de telles monstruosités que j'en avais des cauchemars. Si je refusais de faire les opérations inutiles, contre-indiquées, j'étais mis à l'index. Avec les syndicats, je gagnais beaucoup d'argent, plus que vous n'en gagnez à Paris. Sans eux c'était la misère. Je n'avais plus un malade, car tous les médecins sont syndiqués. »

Plus loin, les internes des hôpitaux vont en prendre pour leur grade :

«.....Dès la salle de garde, affirme toujours le Professeur Ariste, se forment des groupements dichotomistes. Des internes en médecine s'engagent à envoyer leurs malades à un interne en chirurgie, lequel s'engage en retour à partager les honoraires suivant un certain taux. Et aussitôt la thèse passée, l'organisation fonctionne. Certes, un bon interne est capable d'exécuter correctement un grand nombre d'opérations. Mais est-il capable de rendre à la Société tous les services qu'elle est en droit d'exiger d'un vrai chirurgien ? .....

...Les internes dichotomistes n'en sont pas moins lancés dans la clientèle au sortir de l'internat, et, fructueusement, tandis que quelques-uns de leurs collègues, plus scrupuleux, d'une moralité plus haute, entrent dans la terrible carrière des concours... »

La médecine devient commerciale, toujours d'après le Professeur Ariste : « Trouves-tu, dit-il, que l'on puisse commercer là-dessus (la santé et la vie) comme sur du café ou du chocolat. Est-ce que le commerçant en santé ne doit pas avoir des qualités spéciales, je ne parle pas des qualités scientifiques, mais des qualités morales ? A-t-il le droit d'employer les moyens usités dans les autres commerces ? La santé et la vie, n'est-ce pas quelque chose comme la justice, sur quoi on n'a pas le droit de commercer... »



Ces réflexions seraient très bien si elle n'émanaient pas de M. le Professeur Delbet.

Il est inutile de conclure, le lecteur qui connaît de réputation le Professeur Pierre Delbet, appréciera la haute valeur morale de l'auteur des *Scènes de la Vie médicale.*

J. NOIR.

A TRAVERS L'OFFICIEL *(Suite)*

Les candidats du sexe masculin devront avoir satisfait aux lois imposant un service national obligatoire.

Le certificat d'aptitude à l'inspection médicale des écoles et du contrôle de l'éducation physique, le diplôme de l'Institut d'hygiène d'une ville de faculté française, les titres universitaires et hospitaliers, seront considérés dans cet ordre comme titres spéciaux, donnant une certaine priorité.

Les demandes rédigées sur timbre, devront être envoyées avant le 10 avril 1942 au Préfet du Loiret (Inspection de la Santé), à qui il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir pour les candidats.

Le traitement de début est de 36.000 francs et s'élève jusqu'à 42.000 francs. Il s'y ajoute les avantages consentis aux agents du département (indemnité spéciale temporaire, indemnité de résidence ou de logement, charges de famille). Les frais de déplacement sont remboursés dans les conditions prévues pour les fonctionnaires départementaux.

(*J. O.*, 28 mars 1942).

Soins aux pensionnés de guerre

Arrêté du 11 *mars* 1942

Art. 1er. — Les indemnités de déplacement auxquelles peuvent avoir droit les médecins appelés à donner des soins à domicile aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 sont fixées comme suit :

Dans les régions de plaine : 2 francs par kilomètre effectivement parcouru ;

Dans les régions de montagne : 2 fr. 25 par kilomètre effectivement parcouru.

Art. 2. — A l'occasion de chaque visite, le médecin doit inscrire lisiblement au recto du bulletin de visite, extrait du carnet à souches de bons médicaux et pharmaceutiques, le nombre de kilomètres effectivement parcourus et le prix correspondant, compte étant tenu des dispositions des paragraphes 2 à 6 de l'article 64 du décret du 25 octobre 1922.

Art. 3. — Les présentes dispositions auront effet du 1er janvier 1942.

(*J. O.*, 1er avril 1942).

Vétérinaires

Loi du 15 *févrierr* 1942

Institue l'Ordre des vétérinaires, organise la discipline de la profession modifie et complète la loi du 17 juin 1938 sur l'exercice de la médecine vétérinaire.

(*J. O.*, 22 mars 1942.)



ÉCHOS & COMMENTAIRES

LE LIBRE CHOIX DES MÉDECINS ET LA LOI DES PENSIONS. — TOUJOURS LES CAISSES. — MÉDECINS ÉTRANGERS. — REMANIEMENT MINISTÉRIEL. — LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE ET LE SECRET PROFESSIONNEL

Il nous revient par divers côtés que les gardiens de l'Ordre et de la Santé commenceraient à s'émouvoir, après signature et promulgation, de la loi réservant aux médecins *agréés* les soins aux pensionnés et victimes de la guerre.

Nous nous sommes laissé dire qu'on aurait trouvé un élégant moyen de tout apaiser : serait automatiquement *agréé* tout médecin inscrit au tableau de son Ordre.

C'est exactement là ce que nous demandons : que tout médecin en droit d'exercer puisse en fait pratiquer.

Et pourtant cette formule, qui a d'ailleurs le grand tort de n'être point encore officielle, ne nous satisfait point.

Ce libre choix de fait diffère profondément de celui qui était inscrit dans l'ancien art. 64 de la Loi des pensions. Il perd en effet le caractère permanent et impersonnel qui est (ou plutôt devrait être) le propre de la légalité. Il devient la marque temporaire de confiance qu'on accorde à ses fidèles sujets, mais celui là même qui l'a donnée ou son successeur peut aussi bien à tout moment la retirer.

Ce n'est point la première fois que les attributs essentiels de l'art et de la fonction médicale se trouvent ainsi atteints ou menacés dans leur principe, en continuant à jouir en fait d'une précaire et fragile existence reposant uniquement sur les promesses et la présence d'un homme.

Entre autres, l'Institut sanitaire en est un excellent exemple.

Et l'on ne peut manquer de se demander quels obscurs desseins l'on poursuit contre la communauté médicale avec cette patiente et tenace continuité, et qui donc les poursuit ?

***

Malgré les instructions formelles données par le Ministère du Travail aux Caisses d'Assurances sociales, certaines d'entre elles continuent à refuser à leurs assurés le remboursement des prestations lorsque le montant des honoraires versés au médecin traitant ne figure pas sur leur feuille.

Le Conseil supérieur s'en est ému. Aussi demande-t-il que chaque nouveau cas lui soit signalé d'urgence afin qu'il puisse agir.

***

Les étrangers interdits ou non, continuent à exercer malgré lois, décrets et circulaires. C'est un fait qui s'impose à tous.

Le ministre de la Santé publique, saisi d'un certain nombre de plaintes et protestations, vient, dans une lettre adressée le 25 mars dernier au Président du Conseil supérieur de l'Ordre, de mettre cette question au point en définissant le statut actuel des praticiens étrangers et en indiquant les mesures prises par lui pour en assurer l'application.

Peuvent seuls continuer à exercer :

— ceux qui ont la qualité de combattants de l'une des guerres 1914-1918 ou 1939-1940.

— ceux qui bénéficient encore d'une autorisation provisoire délivrée par application de la loi du 16

août 1940, en attendant qu'il soit statué sur leur cas, ce qui ne saurait tarder.

Il ne sera plus délivré aucun sursis.

Quant aux autorisations exceptionnelles prévues par les articles 3 et 5 de la loi du 22 novembre 1941, elles ne seront accordées qu'après avis de la Commission supérieure de contrôle et seulement dans les cas où les mérites du postulant sont incontestables. Cette dernière question est d'ailleurs dominée par celle du *numerus clausus* prévu par le décret du 11 août 1941 qui doit d'abord bénéficier aux Français, cela va de soi.

Le Ministre termine en assurant le Corps médical que le contrôle des dossiers sera désormais poursuivi avec régularité et diligence et que toutes instructions ont été données à l'Administration pour que l'application de la loi du 22 novembre 1941 soit effectuée avec la plus grande célérité.

Cela nous paraît nécessaire, car il est dans l'intérêt de tous que cette question des médecins étrangers soit rapidement et définitivement réglée.

***

A la suite du remaniement ministériel auquel le Chef de l'Etat vient de procéder, le Docteur Serge Huard quitte le Secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé.

Nous nous plaisons à remercier cet excellent confrère de l'accueil cordial qu'il a toujours bien voulu nous réserver. Il laisse une œuvre importante, discutable du point de vue strictement professionnel ainsi que nous l'avons souvent montré dans nos colonnes. N'oublions pas toutefois qu'il avait la lourde tâche de concilier les intérêts médicaux avec les exigences de la nouvelle organisation sociale et communautaire.

Son successeur est le Docteur Grasset, glorieux combattant de l'ancienne guerre, phtisiologue distingué, actuellement directeur d'un sanatorium important du Puy-de-Dôme, qui, croyons-nous savoir, conservera les deux principanx collaborateurs de son prédécesseur, le Dr Aublant et le Dr Theil.

***

Nous avons tenu à reproduire, sans commentaires, dans notre numéro du 8 mars dernier, un communiqué du Conseil départemental de la Seine, traitant de la déclaration des maladies vénériennes.

Nous ne voulions pas porter ombrage à un Conseil départemental qui a donné des preuves répétées de clairvoyance et d'énergie dans la défense de la profession. Mais nous sommes bien obligés de lui crier casse-cou.

Une histoire savoureuse circule dans les milieux hospitaliers sur les avatars causés à un confrère, observateur un peu trop scrupuleux des consignes du Conseil départemental. Même si elle est un peu enjolivée, cette histoire illustre parfaitement les dangers de la déclaration systématique que l'on veut obtenir du médecin.

Une déclaration numérique, passe encore, mais une déclaration nominale est une chose fort dangereuse. Le décret-loi du 29 novembre 1939 a laissé toute liberté d'appréciation au médecin dans chaque cas particulier.

La Circulaire ministérielle du 14 janvier 1941 sur laquelle se fonde le communiqué incriminé est illégale. Nous l'avons publiée avec commentaires appropriés dans notre numéro du 27 avril 1941, page 782.

Nous renvoyons nos lecteurs à ces commentaires et leur conseillons en ce qui concerne l'observance du communiqué du Conseil de la Seine la plus grande prudence.

CORRESPONDANCE

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE

687. — Admission à l'A. M. G. postérieurement aux soins donnés

Un client, à qui j'ai donné mes soins de février à octobre 1941, m'informe à la dernière visite, qu'il a demandé l'Assistance médicale gratuite et que ce n'est donc pas lui qui me règlera mes honoraires. La Commission cantonale n'ayant pas encore donné son avis mon client attend sa décision pour me porter les feuilles. Que dois-je faire ?

Dr N.

Réponse

Il a été jugé à maintes reprises que l'admission d'un malade au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite ne pouvait avoir d'effet rétroactif et ne pouvait obliger un médecin à se contenter des honoraires payés par le service d'assistance alors que les soins avaient été donnés sans qu'aucun bon d'assistance ait été délivré au malade.

Vous devrez donc refuser les bons d'assistance qui pourront vous être offerts par la suite et exiger de votre client lui-même, le paiement de l'intégralité de vos honoraires.

Si votre malade refuse, vous serez obligé de porter l'affaire devant le Juge de Paix, seul compétent.

ASSURANCES SOCIALES

1849. — Les honoraires ne doivent pas être inscrits sur les feuilles d'Assurance sociales

J'ai effectué différents actes médicaux tarifés P C 2 (injections intraveineuses sclérosantes) et E R K 2 (diathermie, une localisation) chez une de mes malades.

Je n'ai pas noté sur sa feuille d'Assurance sociale le montant des honoraires perçus puisque cette obligation est momentanément suspendue. Or ma malade vient de recevoir une lettre du directeur de la caisse lui demandant de lui indiquer le montant des honoraires qu'elle m'a versés et ceci, dit-il, pour les communiquer au contrôleur des contributions.

N'est-ce pas là une façon de tourner la loi ? Ma malade doit-elle lui répondre ?

Je voudrais avoir votre avis à ce sujet.

Dr H.

Réponse

C'est à juste titre que vous avez refusé d'inscrire sur la feuille d'assurances sociales le montant des honoraires que vous avez reçus.

En effet, ainsi que le Bulletin de l'Ordre et nous-mêmes l'avons imprimé, il résulte de l'accord intervenu entre le Ministre de la Santé publique et ses collègues des Ministères des Finances et du Travail, que les dispositions de la loi du 31 décembre 1941 ne sont pas applicables sur ce point.

D'ailleurs, dans son dernier communiqué le Conseil supérieur de l'Ordre demande instamment à tous les médecins de se refuser systématiquement à la déclaration des honoraires et à lui indiquer le plus rapidement possible le nom des Caisses qui, comme celle de Lille, continueraient à exiger cette mention.

Directeur-Gérant : G. Lavalée — N° d'autorisation : 77 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chimie médicale* (Professeur Polonovski). — M. le Professeur Ch. Sannié fera une troisième série de leçons sur *les vitamines et les hormones*, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, le mardi 9 juin 1942 et les jeudi, samedi et mardi suivants.

— *Clinique médicale des enfants.* — M. Julien Marie, médecin des hôpitaux, fera à la clinique médicale de l'hôpital des Enfants-Malades, les vendredis 15, 22 et 29 mai, à 11 heures, des leçons sur les troubles du métabolisme de l'eau chez l'enfant (diabète insipide, syndrome oligodipsique, fièvre de lait sec).

— *Institut d'hygiène.* — En vue de préparer les candidats à *l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande*, un cours aura lieu du 26 mai au 17 juin au laboratoire d'hygiène, sous la direction du Professeur Tanon, avec la collaboration de MM. Joannon, Lindeman, Roubinet, Cambessédès, Clerc, Neveu et Navarre. Inscriptions au secrétariat de la Faculté et salle Béclard. Droit : 250 francs. L'examen aura lieu en juin 1942.

— *Certificat d'électrologie et de radiologie.* — L'examen en vue de ce certificat aura lieu le 16 mai 1942. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté.

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — Ont été nommés externes en premier à la suite du concours de 1941 : MM. 1. Lafourcade ; 2. Mlle Granier (Régine) ; 3. Salinesi (Jules) ; 4. Ponsar (Alain) ; 5. Mlle Noufflard (Henriette) ; 6. Lavarde (Jean) ; 7. Bourdy (Yves) ; 8. Thierry (Jean) ; 9. Monié (Jacques) ; 10. Chadoutaud (Louis).

11. Feffer (Jean) ; 12. Sirot (Jacques) ; 13. Mlle Cousin (Maud) ; 14. Cardier (Lucien) ; 15. Boudot (Jean) ; 16. Ryckewaert (Antoine) ; 17. Raymond (Jean) ; 18. Combet (Jean) ; 19. Lacourbe (Robert) ; 20. Toupet (André).

21. Woimant (Georges) ; 22. Delater (Jean) ; 23. Tournier (Paul) ; 24. Denisart (Paul) ; 25. de Fourmestraux (Jean) ; 26. Mlle Saulnier (Micheline) ; 27. Piérart (André) ; 28. Perraudin (Charles) ; 29. Canivet (Jean) ; 30. Alloiteau (Jean).

31. Tricard (Armand) ; 32. Spriet (René) ; 33. Richard (Henri) ; 34. Ricordeau (Gaston) ; 35. Dubois (Jacques) ; 36. Bourguet (Jacques) ; 37. Arnaud (Louis) ; 38. Borniche (Paul) ; 39. Guéniot (Maurice) ; 40. Mlle Savaton (Jacqueline).

41. Rathery (Michel) ; 42. Lamy (Robert) ; 43. Chapelet (Jean) ; 44. Lallemand (Jean) ; 45. Nebout (Jean) ; 46. Jacob (Paul) ; 47. Koupernik (Cyrille) ; 48. Mlle Santelli (Rose) ; 49. Sibertin-Blanc (Michel) ; 50. Mignot (André).

51. Flavigny (Joseph) ; 52. Burgot (Pierre) ; 53.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine....... **120 francs**
Étudiants.................. **80 francs**
Le Numéro........ **5 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Chardin (Daniel) ; 54. Faurel (Jean) ; 55. Marchal (Louis) ; 56. Cousin (Robert) ; 57. Hiverlet (Emile) ; 58. Poncet (Emile) ; 59. Legrand (René) ; 60. Conche (Maxime).

61. Mlle Monghal (Thérèse) ; 62. Guy (Edouard) ; 63. Louveau (Etienne).

— *Concours d'électro-radiologiste.* — Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le 10 juin 1942. Inscriptions, 3, avenue Victoria, jusqu'au 12 mai 1942.

— **Société des amis du Muséum d'histoire naturelle.** *Conférence.* — M. Maublanc, professeur à l'Institut national agronomique, fera le 16 mai 1942, au Muséum d'histoire naturelle, 57, rue Cuvier, à 17 heures, une conférence sur les champignons comestibles et les champignons vénéneux.

— **Hôpitaux de Quimper, Morlaix, Saint-Brieuc et Lorient.** *Concours de chirurgien.* — Un concours s'ouvrira le 10 juin 1942, à Paris, salle du conseil de l'Assistance publique (3, avenue Victoria) pour la nomination à des postes de chirurgien de l'hôpital de Quimper, de l'hôpital de Morlaix, de l'hôpital de Saint-Brieuc et de l'hôpital de Lorient. S'inscrire, du 11 mai au 23 mai 1942, à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 8, rue du Docteur Regnault, à Rennes (I.-et-V.)

— **Hôpitaux de Rennes.** *Concours d'accoucheur.* — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Rennes sera ouvert le 16 juin 1942, 3, avenue Victoria à Paris. Inscriptions du 15 au 30 mai 1942 à la direction régionale de la santé, 8, rue du Docteur-Regnault, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

— **Département de la Vendée.** *Recrutement d'un médecin-chef de la lutte anti-tuberculeuse.* — Il est ouvert, à la Préfecture de la Vendée, un concours sur titres pour le recrutement d'un médecin chef de la lutte anti-tuberculeuse. Traitement de 45.000 francs à 55.000 francs, plus avantages consentis aux agents de la Préfecture.

Adresser demande et dossier à la Préfecture de la Vendée, inspection de la santé, avant le 1er juin 1942.

— **Comité national de défense contre la tuberculose.** *Attribution de deux prix.* — Il a été fait au Comité national de Défense contre la Tuberculose un legs de 5.000 francs, destiné, selon les termes du testament, à la « Recherche d'un remède pouvant améliorer la tuberculose ».

D'autre part, le Comité national a décidé de créer, sur ses fonds propres, un prix d'une valeur équivalente, pour récompenser un travail, d'intérêt plus général, sur la recherche d'une méthode thérapeutique de la tuberculose.

L'attribution de ces deux prix sera faite par le Bureau du Comité national de Défense contre la tuberculose ; les travaux pour l'un ou l'autre prix devront parvenir au siège social dudit Comité avant le 1er septembre 1942 (66, boulevard Saint-Michel, Paris (VIe).

— **Hôpitaux psychiatriques.** — Un concours pour le recrutement de médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques aura lieu à Paris, à partir du 22 juin 1942. Sept places, au minimum, seront mises au concours.

Adresser les candidatures avant le 1er juin 1942, au secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé (service du personnel et de la comptabilité, premier bureau), 7, rue de Tilsitt, à Paris, pour la zone occu-

pée, et à l'hôtel Radio, à Vichy, pour la zone non occupée.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Jean-Pierre Door, fils du Docteur Michel Door (Sully-sur-Loire, Loiret, 1er avril 1942) ; de Maurice Lemaire, deuxième enfant du Docteur Georges Lemaire (Coulsore, Nord, 14 avril 1942) ; de Patrick Mandillon, fils du Docteur Gabriel Mandillon (Bordeaux, 14, rue de la Bénatte, 31 mars 1942) ; de Françoise-Henriette Lacaze-Masmonteil, quatrième petite-fille du Docteur Fernand Masmonteil (Ribagnac par Saint-Martin-Terressus, Haute-Vienne, 3 avril 1942, et 23, rue du Landy, Saint-Ouen, Seine).

— **Mariage.** — Le Docteur et Madame Ferriot, de Nemours, font part du mariage, célébré à Paris le 9 avril 1942, de leur fille Luce, avec Monsieur Claude Doumerc, élève de l'Ecole Polytechnique, lieutenant d'artillerie à Nîmes, Croix de guerre, fils de Madame et du regretté M. Doumerc, ancien directeur des services de la Préfecture de la Seine.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Caussade, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, décédé le 3 mars 1942 dans sa 81e année, au Mayet-de-Montagne (Allier) ; de Madame Guillain, née Chauffard, femme du Professeur Guillain, président de l'Académie de médecine ; du Docteur Boisserie-Lacroix, médecin des hôpitaux de Bordeaux, membre du Conseil départemental de l'Ordre de la Gironde ; du Docteur Drivet père, de Cadillac (Gironde).

Le Docteur Dardel, d'Aix-les-Bains, vient de mourir subitement. C'était un de nos plus anciens lecteurs et amis. Nos vives sympathies à sa famille.

A la Faculté de médecine de Paris
Leçon inaugurale du Professeur Portes

Les leçons inaugurales sont toujours, à la Faculté, des évènements attendus et remarqués de la vie universitaire et médicale. Les nouveaux professeurs y exposent leurs idées doctrinales et les buts de leur enseignement, après avoir jeté un coup d'œil rétrospectif sur la route longue et ardue des concours qu'ils ont parcourue et rappelé en témoignage de reconnaissance les noms des maîtres qui les ont guidés et dont ils ont reçu l'empreinte scientifique et intellectuelle.

Le 17 mars 1942, le Professeur Portes, successeur du Professeur Jeannin à la Clinique d'accouchement Tarnier, dans une leçon inaugurale éloquente et devant un auditoire vivement intéressé, a présenté d'abord un tribut d'hommage à ses maîtres, Mosny, Lardennois, Proust, au Professeur Couvelaire. Puis, pour fixer le haut caractère de son enseignement, il a abordé une question capitale d'obstétrique, importante au point de vue médical et social : l'avortement en général et l'avortement thérapeutique en particulier. Revenant sur une discussion qui eut lieu il y a quelque temps à l'Académie de médecine, le Professeur Portes prit nettement position : pour lui, l'avortement thérapeutique n'a pas d'indication absolue, toutes ses indications ne peuvent être que relatives et les progrès de la technique et de la thérapeutique sont appelés à les réduire progressivement.

L'éloquente allocution du Professeur Portes a été accueillie par les applaudissements, nombreux et prolongés, d'un auditoire enthousiaste.

P. L.

Voir la suite page XII-469

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'intoxication oxycarbonée des gazogènes

(MM. LOEPER et G. GAUTIER, avec le concours de MM. J. TONNET et P. TRUFFERT ; 3-2-1942)

Aux causes antérieurement connues d'intoxication oxycarbonée (gaz d'éclairage mal surveillé, poêles d'appartement à fonctionnement défectueux, etc.) est venu s'ajouter l'emploi aujourd'hui très fréquent des gazogènes comme mode d'alimentation des voitures. Dans les garages, les tuyaux des gazogènes déversent dans l'atmosphère des fumées contenant de l'oxyde de carbone et le personnel, penché sur les appareils, se trouve amené à respirer une atmosphère plus ou moins toxique.

M. Loeper et ses collaborateurs ont été conviés à examiner un certain nombre d'ouvriers d'un grand garage utilisant près de 80 gazogènes. Ils ont pu observer, chez eux, quelques troubles divers (érythrose faciale, céphalée, vertiges, pouls arythmique) mais tous ces accidents ont été passagers, fugaces, et cédaient à quelques bouffées d'air.

Ces constatations, peu graves à la vérité, témoignent cependant de la nécessité de veiller au développement possible de cette intoxication professionnelle qui pourrait, si l'on n'y prend garde, provoquer des accidents plus sérieux.

Une nouvelle cause d'hydrargyrisme professionnel

(MM. R. FABRE et Ch. LORMAND ; 17-2-1942)

Cette nouvelle cause d'hydrargyrisme professionnel est la pratique, dans les salons de coiffure de dames, de l'ondulation permanente sans chauffage électrique, simplement avec des sachets composés d'aluminium et de papier buvard imprégné de chlorure mercurique. Ces sachets, qui ne nécessitent pas l'emploi de l'électricité, appliqués sur des cheveux humectés avec une solution de bisulfite de soude, dégagent la chaleur nécessaire pour le frisure « permanente ».

Or, MM. Fabre et Lormand, ont trouvé, dans l'atmosphère des salons de coiffure utilisant ce mode particulier d'ondulation permanente, dans les zones environnant les cheveux ainsi traités en particulier, du mercure et du bichlorure de mercure volatilisés, en quantités faibles sans doute, mais non négligeables. Dans les salons où plusieurs opérations de ce genre sont effectuées dans la journée, il peut y avoir là, pour les opérateurs surtout, une cause d'hydrargyrisme professionnel.

Les auteurs proposent à l'Académie d'émettre le vœu suivant, qui est adopté :

« L'Académie de médecine émet le vœu que l'emploi du bichlorure de mercure dans les opérations d'ondulation de cheveux soit interdit en raison des dangers d'intoxication chronique qui sont toujours à craindre au cours de telles manipulations ».

Action du magnésium sur le pigment et sur le calcium

(M. Pierre DELBET ; 10-2-1942)

M. Pierre Delbet rapporte son auto-observation qui montre l'action des sels de magnésium sur le pigment des poils (cheveux et barbe). Ayant fait préparer une pommade dont la teneur en sels halogénés de magnésium est la suivante (proportions centésimales en sels anhydres) :

Chlorure	0 gr. 80
Bromure	0 gr. 084
Iodure	0 gr. 000504
Fluorure	0 gr. 0063

Il a appliqué cette pommade sur la lèvre supérieure, la lèvre inférieure et le menton. Les poils ont pris une teinte blonde, parfois plus foncée. Quelques petites touffes, cependant, dont les bulbes avaient sans doute perdu définitivement le pouvoir pigmentaire, sont restées blanches. La recoloration n'est d'ailleurs pas définitive.

Appliqué sur une tache de la nuque couleur ocre brune (de telles taches sont assez fréquentes au dos des mains, chez les gens âgés), la pommade a amené la décoloration de la tache et en même temps la recoloration des cheveux blancs environnants.

M. Delbet signale en outre l'action calcifiante pour les os des sels magnésiens administrés par voie buccale.

P. L.

Société médicale des Hôpitaux de Paris

(Séances plénières des 7-8 novembre 1941)

Troisième question :

Les hépatites professionnelles

Etude étiologique et clinique des hépatites professionnelles. — MM. Duvoir, Desoille et Gaultier. L'hépatite professionnelle comporte, l'alcoolisme étant éliminé, toute lésion du foie étiologiquement imputable aux conditions du travail du sujet, qui en est porteur. Il s'agit parfois d'un processus infectieux, mais, le plus souvent, la cause de l'hépatite est un toxique industriel.

Parmi les hépatites ictérigènes d'origine infectieuse, se rangent la spirochétose ictéro-hémorragique des égoutiers et les brucelloses des professions agricoles. Quant au toxique, il agit à doses faibles, mais répétées, et l'ictère apparaît après un délai variable, entre quelques semaines et quelques mois. Le tétrachlorétane (industrie aéronautique) et le trinitrotoluène (fabrication des explosifs) apparaissent comme les deux toxiques les plus redoutables. Une législation sévère en a supprimé les dangers ; mais le tétrachlorétane, excellent solvant, est encore utilisé pour les vernis industriels, notamment dans la fabrication des perles. Les dérivés du naphtalène, employés dans la fabrication des condensateurs électriques, possèdent une action identique, mais de notion plus récente. Citons aussi le tétrachlorure de carbone, qui sert dans les extincteurs d'incendie, et dans les salons de coiffure comme produit de dégraissage.

Des ictères peuvent accompagner, dans les intoxications sanguines aiguës, les processus hémolytiques ou méthémoglobinisants. L'hydrogène arsénié est le type de ce groupe de toxiques. Les phénylènes diamines, et les dérivés chlorés ou nitrés de benzène peuvent également déterminer, à côté d'une cyanose intense, un ictère d'ailleurs toujours modéré.

Quant aux cirrhoses, il ne saurait s'agi d'intoxication ou d'infection aiguë due à un seul assaut nocif, c'est-à-dire à un accident du travail. Les cirrhoses professionnelles soulèvent le problème plus général, toujours discuté, de l'étiologie des cirrhoses, notamment pour le plomb et le cuivre.

Suivent quelques directives sur l'investigation de la clinique et du laboratoire, au cas d'hépatites professionnelles.

Etude expérimentale des hépatites toxiques par les dérivés chlorés des hydrocarbures. — MM. Noël Fiessinger et Jacques Loeper.

Le foie dans l'intoxication par l'hydrogène arsénié. — MM. Léon Binet, H. Bour, J. Lacorne. Cette intoxication frappe surtout les égoutiers, les ouvriers chargés du décapage des métaux et les personnes qui vivent auprès des accumulateurs dans des endroits mal ventilés ; c'est enfin la maladie des chimistes. Un foie gros et douloureux, des hémorragies, des modifications bio-chimiques du sang (hyperlipémie, hypercholestérolémie, hyperglycémie), une altération de l'état hépatique normal, dans le domaine anatomique ; une infiltration graisseuse du foie, dans le domaine toxicologique ; une accumulation d'arsenic dans le foie, tels sont les éléments de la maladie. Les auteurs soulignent les indications de la médication hyposulfitée sodique pour lutter contre l'atteinte hépatique.

Les réactions hépatiques devant l'intoxication benzolique. Existe-t-il une hépatite benzolique ? — MM. Perrault et J. Cottet pensent que oui, mais cette hépatite est mal connue, parce que, en regard des accidents dramatiques réalisés par les hémopathies benzéniques, elle fait figure de parent pauvre. Pour rare qu'elle soit, sa réalité est attestée par des faits d'ordre clinique, biologique, anatomo-pathologique et expérimental. L'ictère, l'hépatomégalie traduisent l'atteinte du foie sous la forme d'hépatite graisseuse, plus rarement d'hépatonécrose, à titre exceptionnel d'hépatite scléreuse.

Le rôle du foie est considérable au cours de l'intoxication benzolique. Par sa fonction soufrée, en particulier par son intervention dans le métabolisme de certaines vitamines, il joue un rôle de premier plan vis-à-vis de l'agression benzénique. Il faut éliminer les sujets à tares hépatiques ; enfin, à côté de la correction du déficit vitaminique en acide ascorbique, on peut proposer une hyperthionisation susceptible de faciliter la conjugaison et l'élimination du benzol par le foie, de remplacer le soufre consommé et de parer à la carence ultérieure.

L'atteinte hépatique au cours des anémies. — M. P. Chevallier estime que, s'il y a des lésions du foie au cours des anémies, c'est de manière contingente, et que les altérations du foie relèvent, non de l'anémie, mais de la cause toxique ; celle-ci touche souvent moins le foie que d'autres organes.

G. F.

Société des chirurgiens de Paris

Séance du 22 janvier 1942

Sur le traitement rœntgenthérapique des métastases osseuses du cancer du sein. — M. Marcel Joly estime que la roentgenthérapie, dans le traitement des métastases du cancer du sein, procure toujours et rapidement une sédation des douleurs et presque toujours la disparition totale de celles-ci. La recalcification est la règle et on obtient souvent la *restitutio in integrum* lorsqu'il n'y a ni effondrement ni fracture. Mais cette guérison apparente n'empêche pas la marche de la cachexie et ne prévient pas contre de nouvelles localisations métastatiques.

Un cas de torsion abdominale du grand épiploon. — M. Chureau (de Chatillon-sur-Seine) rapporte un cas de torsion abdominale du grand épiploon, chez un homme adressé pour appendicite. Opération. Guérison.

M. André Raiga. — **A propos d'une communication de M. Léon Binet sur le choc traumatique.**

M. Séjournet. — **Suites éloignées d'une gastro-entérostomie au bouton. Chute du bouton dans l'estomac. Oblitération spontanée de la bouche.**

PARTIE SCIENTIFIQUE

CONSIDÉRATIONS SUR UNE SPIROCHÉTOSE NOUVELLE : " LE MAL DEL PINTO "

H. Mandoul et R. Mandoul
Professeur honoraire Professeur agrégé
à la Faculté de Médecine de Bordeaux

D'une série de travaux et de recherches d'inspiration clinique et de réalisation expérimentale est née, récemment, une spirochétose nouvelle : Le mal del Pinto.

Cette dermatose endémique de l'Amérique intertropicale, qui répond, suivant les lieux, aux noms sonores et expressifs de « Mal del Pinto » au Mexique, de « Caraté » en Colombie, de « Pinta » à Cuba, considérée jusqu'à présent comme une maladie locale d'origine mycosique, s'est élevée au rang d'infection générale et a pris place à côté de la syphilis et du pian dans le cadre des spirochétoses. A cette belle découverte, du plus haut intérêt, aussi bien du point de vue théorique que pratique, s'attachent les noms de Gonzalès Herrejon, professeur à l'Université de Mexico et de Léon y Blanco, professeur agrégé de l'Université de La Havane, pour ne citer que les principaux.

Physionomie générale et évolution du mal del pinto

Une affection chronique aussi caractéristique, qui marque ses victimes sans considération d'âge, de taches bariolées où se mêlent le rouge, le bleu, le brun et le blanc, ne pouvait passer inaperçue. Aussi, fut-elle connue de tous temps, dans ses pays d'origine où la morbidité qu'elle engendre est très élevée. Bien que son pronostic soit bénin et sa longue évolution compatible avec la persistance d'un bon état général, elle n'en constitue pas moins une pénible infirmité. On ignorait cependant jusqu'aux récentes découvertes, l'étendue de son domaine, l'agent responsable du mal, son mode de transmission, sa pathogénie, et enfin les règles précises de sa thérapeutique spécifique, couronnement de l'œuvre de ces dernières années.

La découverte du tréponème d'Herrejon a permis de relier en une évolution commune, les manifestations dyschromiques caractéristiques de l'affection avec les lésions inflammatoires qui les précèdent. C'est Léon y Blanco qui a eu le mérite d'intégrer dans le Mal del Pinto des états inflammatoires non dyschromiques, qui sous le nom d' « empeines » étaient rattachées au groupe des épidermomycoses. L'auteur a pu ainsi préciser l'évolution de la maladie et la diviser, comme la syphilis, en trois périodes.

La période primaire est marquée par un accident initial, véritable « chancre d'inoculation » indiquant la porte d'entrée du tréponème. Ce chancre, qui ne s'ulcère jamais, est représenté par une papule dermo-épidermique prurigineuse, entourée d'un halo d'érythème. On l'observe sur les parties découvertes du corps. Puis, l'extension du processus inflammatoire se traduit par l'apparition d'un placard érythémato-squameux, à contours irréguliers, qui finit par atteindre de grandes dimensions. Cet accident primitif se prolonge pendant plusieurs mois et peut affecter, au cours de son évolution, des types cliniques variés ; Léon y Blanco décrit les types : psoriasiforme, trichophytoïde, lichénoïde. A la longue, ces divers aspects aboutissent à la formation d'une très grande plaque qui peut intéresser tout un segment de membre.

La période secondaire apparaît au bout de plusieurs mois, parfois davantage. C'est la période de généralisation de la dermite. De nouveaux placards érythémato-squameux se constituent çà et là, à partir d'éléments papuleux, de la même manière que l'accident initial. Ces lésions ont reçu le nom générique de « pintides » (Léon y Blanco).

La période tertiaire ouvre la phase dyschromique de la maladie demeurée pendant longtemps la seule connue. La peau se couvre de taches pigmentaires de couleurs variées, brunes, rouges, bleues, et de taches achromiques blanches, rappelant le vitiligo ; l'ensemble figure sur le corps de curieuses arabesques et confère parfois au malade un aspect repoussant. Le Professeur E. Brumpt en a donné une saisissante description (1) :

Dans l'hypothèse mycosique périmée, on rattachait ces diverses colorations à la présence dans les lésions de plusieurs espèces de champignons chromogènes. Les recherches anatomopathologiques actuelles nous ont fourni la véritable explication. Elles nous ont fait connaître l'évolution de cette dermite chronique, qui régit les troubles dyschromiques caractéristiques.

En premier lieu, il y a toujours à la base un

(1) Voir E. Brumpt. Précis de parasitologie, 5e édit. T. II, p. 1648 et *Ann. de parasitologie*, 1er mai 1939, p. 245.

processus inflammatoire causal. Il engendre, en même temps que les lésions dermo-épidermiques, des troubles profonds de la mélanogénèse aboutissant à une dermatosclérose superficielle et à une atrophie cutanée (Léon y Blanco). Ce sont ces troubles de la mélanogénèse, qui déterminent les divers aspects des taches dyschromiques.

La surcharge de mélanine au niveau de l'épiderme (hyperchromie) s'exprime par des taches brunes.

La teinte bleue résulte d'un phénomène physique, rapporté tout d'abord par Pouchet à la fluorescence, sous la désignation de céruléscence, opinion adoptée par les auteurs sud-américains. En réalité, il s'agit d'un phénomène de diffraction par les milieux troubles, comme l'ont démontré les expériences spectrophotométriques de Ch. Camichel et H. Mandoul (1). Le pigment épidermique très fin et rare vu sur le fond opaque du pigment accumulé dans le derme, donne la teinte bleue.

La teinte rouge, signe de la prédominance de l'élément inflammatoire érythémateux sur l'élément pigmentaire. Elle se manifeste de préférence sur les sujets à peau claire.

Le processus chronique inflammatoire affectant les diverses taches, aboutit enfin à la disparition progressive du pigment (hypochromie) et à l'atrophie de la peau. Lorsqu'il est réalisé dans sa totalité, se manifestent les taches blanches vitiligineuses (achromie).

La clinique suggère l'hypothèse spirochétienne

D'habitude, la découverte de l'agent pathogène d'une maladie infectieuse est le fait de patientes recherches de laboratoire ; l'agent infectieux est, un jour, pris en flagrant délit dans le champ du microscope, au sein même des tissus ou des lésions qu'il a engendrées. Pour le Mal del Pinto il n'en a pas été ainsi. La clinique a devancé le laboratoire. C'est, en effet, à la suite de considérations d'ordre clinique que le Professeur G. Herrejon a orienté les recherches sur la bonne piste et émis l'hypothèse de la nature spirochétienne de la maladie. Aussi la découverte récente de l'agent pathogène fait-elle honneur à la sagacité de l'observateur et à la sûreté de son jugement.

Depuis longtemps, le Mal del Pinto était considéré comme une mycose produite par divers champignons parasites de la peau. Comme le fait remarquer, non sans humour, Herrejon, les générations nouvelles recevaient dogmatiquement la vérité scientifique, qu'elles transmettaient à leur tour, sans que son exactitude soit jamais contrôlée. C'est ainsi que divers champignons ont été tour à tour incriminés : *Aspergillus, Penicillium, Trichophyton.*

En 1926, Herrejon eut l'occasion d'examiner quelques cas de Mal del Pinto. Il est frappé tout de suite par la discordance des signes cliniques avec les caractères habituels des dermatomycoses. La recherche directe des parasites dans les lésions ne révèle aucun champignon chromogène ; la culture décèle tout au plus quelques espèces saprophytiques banales. Expérimentalement, l'inoculation de ces cultures sous la peau ne fournit aucun résultat. Aussi, des doutes ne tardent-ils pas à naître dans l'esprit d'Herrejon au sujet de la véritable étiologie de l'affection. Les résultats des réactions sérologiques s'avèrent plus troublants encore. Le premier malade examiné par Herrejon présente une réaction de Wassermann positive, et l'auteur porte de ce fait le diagnostic de syphilis et mal del Pinto concomitant. Le même fait se reproduit pour un deuxième malade, puis pour un troisième.

L'auteur en vient alors à supposer que la réaction humorale pourrait bien être inhérente au mal del Pinto lui-même (1). Vers la même époque, Herrejon apprend que son confrère Galo Soberon, exerçant au Mexique dans une « zone à pinta », blanchit depuis 1920 ses malades atteints de dermite dyschromique par une cure de quatre-vingt-dix centigrammes de néosalvarsan. Or, depuis de longues années déjà, l'empirisme avait révélé l'efficacité du traitement mercuriel dans la « pinta ». On savait en effet que les ouvriers porteurs de « Caraté », qui travaillaient dans les mines de mercure, guérissaient s'il leur arrivait de contracter une stomatite mercurielle. L'efficacité des médicaments antisyphilitiques constituaient encore un nouvel argument en faveur de l'hypothèse de la nature spirochétienne de la maladie. La conclusion s'impose dès lors à Herrejon que le mal del Pinto n'est pas une dermatose de cause externe, mais bien une maladie générale, au cours de laquelle se révèlent dans les humeurs des anticorps répondant aux mêmes sollicitations antigéniques que ceux de la syphilis et qui relève d'une thérapeutique identique.

En 1927, dans un article de la « *Rivista del Hospital General* » Herrejon écrivait : « La conclusion logique, qui s'impose, c'est que le mal del Pinto est une spirochétose voisine de la syphilis et du pian ».

(1) A.-H. MANDOUL : Recherches sur les colorations tégumentaires. Thèse Fac. des sciences, Paris, 1903. Masson édit.

(1) A la vérité les travaux de W. Menk effectués en 1926 en Colombie avaient déjà révélé l'énorme pourcentage des réactions de Wassermann positives, 70 p. 100 chez les malades atteints de la Pinta ; mais Herrejon n'avait pas encore eu connaissance de ces recherches.

Le laboratoire confirme la clinique

Plus de dix années se sont passées avant que l'hypothèse d'Herrejon reçoive une confirmation. Entre temps, E. Brumpt, (1932), partisan de la théorie spirochétienne, indique la marche à suivre pour aboutir à la découverte de l'agent pathogène supposé. Mais ce n'est qu'en 1938, à Cuba, que Saënz, Grau y Triana et José Alfonso découvrent un spirochète semblable à celui de la syphilis dans la lymphe prélevée sur le bord d'une pintide. Le malade est alors examiné par Léon y Blanco, qui met le parasite en évidence dans le suc ganglionnaire et dans les biopsies des lésions palmaires et plantaires imprégnées par la technique de Levaditi. Léon y Blanco propose le nom de *Treponema herrojoni* pour le nouvel agent pathogène en l'honneur de l'auteur de l'hypothèse spirochétienne du mal del Pinto (*T. carateum* pour E. Brumpt 1933.)

Le tréponème ressemble beaucoup à celui de la syphilis ; même aspect, même mobilité. Toutes les tentatives d'inoculation aux animaux ont échoué.

Par contre, la transmission expérimentale d'homme à homme a été réalisée un grand nombre de fois par Léon y Blanco. Au cours de ses expériences, l'auteur cubain a établi un certain nombre de points importants : le tréponème est toujours présent dans toutes les lésions, qu'elles soient primaires, secondaires ou tertiaires. La lymphe recueillie au niveau des lésions inoculées par voie intra-dermique, ou bien déposée simplement sur des érosions, reproduit régulièrement la lésion initiale au bout d'une vingtaine de jours. Si les points d'inoculation sont multiples en divers endroits du corps, on voit se développer autant d'accidents initiaux qu'il y a de points d'inoculation. Par contre, le dépôt du produit infectieux sur la peau saine demeure sans résultat. Une première attaque du mal del Pinto ne confère pas l'immunité, car des individus guéris peuvent être à nouveau contaminés expérimentalement. Enfin, les sujets syphilitiques deviennent sensibles à l'inoculation du tréponème dHerrejon ; il n'y a donc pas d'immunité croisée, ce qui montre bien l'individualité de la « Pinta ». Les réactions sérologiques de la syphilis sont négatives durant la période primaire (Blanco 1939). Elles ne commencent à devenir positives qu'au moment de la généralisation des « pintides » et le pourcentage des réactions positives va alors croissant. Pendant la période tertiaire les réactions de Wassermann, de Kahn, de Meinicke, sont positives dans 70 à 90 p. 100 des cas et plus, selon les auteurs. Les divers médicaments antisyphilitiques, mercure, arsénobenzènes, sels bismuthiques, notamment le Quimby, guérissent parfaitement la maladie à tous les stades ; seules les taches achromiques, vitiligineuses, semblent définitives, car on obtient très rarement leur repigmentation.

Le mal del Pinto n'a pas encore livré entièrement son secret

Malgré ces nombreuses et belles recherches, le mode de la transmission naturelle du mal de Pinto reste encore inconnu. En raison de la répartition géographique de l'affection et de son épidémiologie, la plupart des auteurs incriminent des arthropodes hématophages, qui serviraient d'agents vecteurs ou de véritables hôtes intermédiaires du tréponème. La possibilité de la transmission expérimentale interhumaine semble indiquer que, si ce vecteur existe, il ne doit pas avoir vis-à-vis du parasite, une spécificité bien étroite, car ce dernier n'a nul besoin d'accomplir un cycle évolutif dans son organisme. Certains diptères, comme les simulies, ont été accusés depuis fort longtemps sans que jamais la preuve de leur culpabilité ait pu être fournie. E. Brumpt envisage aussi le rôle possible de certains acariens, tels les ornithodores, ou de certains hémiptères, tels les triatomes.

Faisons cependant remarquer que le contact direct, ou par l'intermédiaire d'objets familiers souillés, peut parfaitement expliquer la transmission de la maladie, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'intervention d'un arthropode hématophage. N'est-ce pas le cas d'ailleurs d'une tréponémose exotique voisine, le pian ? L'évolution des « pintides » s'accompagne de prurit, et des lésions de grattage s'écoule de la sérosité. Or, Léon y Blanco a révélé la richesse de sérosité en spirochètes infectieux. Au contact d'un sujet sain, la contamination aura toute facilité de se réaliser à la faveur d'érosions tégumentaires ou de piqûres de parasites.

Conclusion

Ainsi donc les travaux d'ordre purement clinique du Prof. Herrejon sont à l'origine des recherches de laboratoire, grâce auxquelles l'étiologie, la pathogénie, l'anatomie pathologique du mal del Pinto, ont été tour à tour débrouillées. Le flair du clinicien a été décisif.

Avec Léon y Blanco le *Tréponema herrejoni* fait son entrée officielle dans le monde.

La raison et le sentiment trouvent leur satisfaction dans cette victoire remportée sur la la maladie par la collaboration harmonieuse et féconde de la clinique et du laboratoire, et qui est tout à l'honneur des savants de l'Amérique latine.



CORPS ÉTRANGERS DES VOIES DIGESTIVES TRAITÉS PAR L'ENROBEMENT CELLULOSIQUE

Par M. F.-P. Leclerc
Chirurgien de l'Hôpital de Dijon

Ombrédanne a fait connaître, il y a quelques années, une méthode originale et facile à mettre en œuvre pour traiter les corps étrangers des voies digestives. Présentée et discutée à plusieurs reprises à l'Académie de chirurgie, elle a fait l'objet de nombreuses publications (récemment encore au *Concours médical*) et de la thèse de



Observation I



Observation I

P. Dupuy (Paris 1939). Le principe, comme on le sait, consiste à faire avaler au porteur de corps étrangers piquants gastro-intestinaux, un aliment riche en fibre cellulosique qui les enrobent et leurs permettent de traverser tout le tractus intestinal sans déterminer de lésions. Les queues d'asperges, ou plus simplement les robes des poireaux, le coton hydrophile ont été successivement recommandés.

Voici deux exemples démonstratifs de l'intérêt de la méthode.

Dans la première observation, il s'agit d'un adulte d'une trentaine d'années, prisonnier de droit commun, qui battu par ses gardiens (à ses dires), pour se soustraire aux mauvais traitements, avala en premier lieu le manche entier d'une cuillère d'étain, puis une grosse épingle anglaise ouverte. Conduit immédiatement à l'hôpital, le malade un peu anxieux, ne présentait aucun signe physique inquiétant. Aux rayons X, l'on trouve l'épingle anglaise largement ouverte et la cuillère dans l'estomac.

On fait immédiatement avaler une botte d'asperges (une douzaine) au prisonnier, assez surpris d'ailleurs du traitement et des conséquences inattendues de son acte. Le soir, le malade ne présente toujours aucune douleur, ni aucun signe alarmant, l'épingle a franchi le cadre duodénal et se trouve dans les anses grêles, la cuillère suit derrière beaucoup plus lentement. Le lendemain les deux corps étrangers continuent leur migration. On donne à nouveau des asperges au malade Le troisième jour, il évacue son épingle enrobée de fibres cellulosiques, le quatrième, avec quelques coliques, le manche de la cuillère long de 14 centimètres.

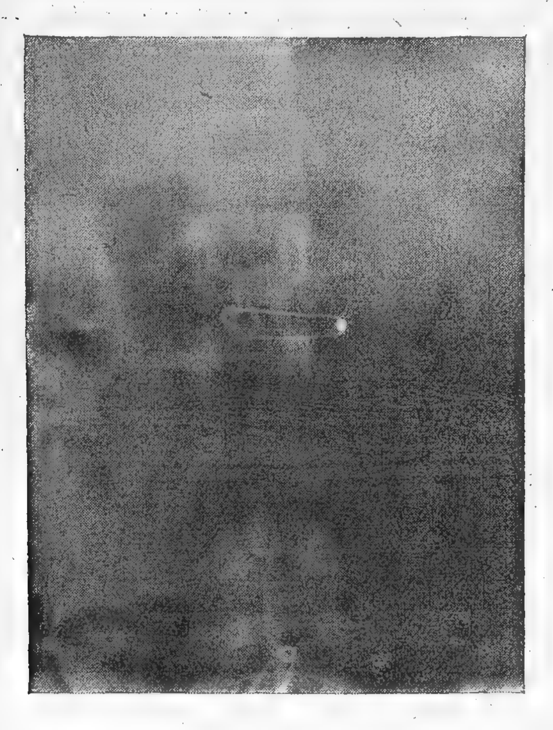
Tout récemment nous avions l'occasion de voir une jeune fille d'une vingtaine d'années, qui avait également avalé, cette fois-ci par mégarde, une épingle anglaise ouverte. Le traitement consista simplement à lui faire avaler du coton hydrophile (200 grammes environ) ; après une surveillance attentive clinique et radioscopique, au quatrième jour, elle rendait son épingle, la pointe entourée de coton.

La méthode d'Ombrédanne a donné et donne de très beaux succès, mais il n'en reste pas moins vrai que donner des queues d'asperges ou du coton hydrophile ne suffit pas ; le contrôle répété par les rayons X reste un élément capital du trai-

tement ; dans certains cas, l'intervention chirurgicale peut être indispensable.

Certains corps étrangers épingles ou broches, comme viennent de le rappeler Fèvre et Loussot à l'Académie de chirurgie, peuvent se fixer au niveau du cadre duodénal ; d'autre part, il n'est pas toujours possible de faire avaler à des enfants surtout très jeunes, des fibres cellulosiques.

Evidemment, il faut, s'il n'existe aucun signe immédiat inquiétant, avoir recours en premier lieu à l'absorption de fibres ou pour les nourrissons de coton imbibé de lait (Cadenat), puis en même temps, mettre le malade en position ventrale et lui donner de la belladone (Fèvre), pour faciliter la traversée duodénale. Mais si, à des examens radioscopiques successifs, le corps étranger piquant paraît fixé, s'il reste toujours au niveau du duodénum, il est très probablement enclavé ou dangereusement fiché dans la muqueuse intestinale et l'intervention s'impose. Paziaud dans sa thèse (Paris, 1933), où se trouvent les observations d'Ombrédanne et de Fèvre, conclut que : « Si à l'examen radioscopique l'épingle paraît fixée, il ne faudra pas attendre plus de quatre jours pour intervenir, même en l'absence de signes d'intolérance ».



OBSERVATION II



FAUTE DE QUEUES D'ASPERGES... DU COTON HYDROPHILE

Voilà quelques jours, une de mes jeunes clientes entre en coup de vent chez moi : « Docteur, venez bien vite, ma petite sœur a avalé un morceau de bois ».

Il était tard, il faisait très froid, j'étais au coin de mon feu. Je fis asseoir la fillette, douze ans, et lui demandai des détails. Sa petite sœur, âgée de seize mois, avait dans la bouche un petit bout de bois, la maman avait voulu le lui retirer, mais l'enfant l'avait avalé. La maman en était sûre et me demandait quoi faire. Je pensais bien à la bouillie aux queues d'asperges, mais il manquait les asperges. J'eus recours au coton hydrophile et en remis un peu à ma cliente en lui disant de faire une bouillie claire, d'y éplucher le coton, de bien sucrer, de donner le tout à l'enfant et de me tenir au courant.

Le lendemain, le père vient me dire que la bouillie avait été bien absorbée et que la petite était gaie. Le soir, l'enfant avait eu deux selles, mais sans rien dedans. Ce n'est que le surlendemain matin que le père vint m'apporter le corps du délit. C'était, en effet, un petit éclat de bois long de sept centimètres, très pointu des deux bouts, large de trois millimètres, mais qui était transformé par l'entourage de coton en un inoffensif petit boudin. Détail à noter, tout le coton était aggloméré autour du bout de bois. Les selles furent, en effet, examinées avec soin et on ne trouva de coton ni avant, ni après.

Dr H. BOUAN. Périers (Manche).

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître....

Chez MALOINE,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine

P. NOBÉCOURT et Marcel MAILLET. — **La thérapeutique du nourrisson en clientèle.** Collection « Comment guérir ». *Quatrième édition*, 1941. Un vol. 1.080 pages. Broché : 140 francs.

Ch. FIESSINGER. — **La médecine du praticien et ses difficultés journalières.** Un vol 675 pages, 1942. Prix broché : 195 francs.

Fichier DESFOUR,
12, rue Ecole-de-Droit, Montpellier

Fiches de pratique médicale. MISE AU POINT 1942 (avril 1942).

Louis JEAN, éditeur,
à Gap (Hautes-Alpes)

Marcel ROCHETTE. — **La pratique chirurgicale bucco-dentaire et maxillo-faciale.** Préface du Docteur J. DUCLOS, chargé de cours à la Faculté de Lyon. Un vol. 350 p., 268 fig., 39 pl. hors texte.

La Presse

L'anémie aiguë curable du nouveau-né

M. Lelong et R. Joseph développent des arguments, qui prouvent que cette affection doit être individualisée sous la forme d'une entité bien définie, où la modification sanguine essentielle est l'anémie. A l'anémie s'ajoute une érythroblastose plus ou moins marquée, ainsi qu'un certain degré de myélocytose ; cette érythromyéloblastose disparaît à mesure que l'anémie se répare ; elle peut d'ailleurs manquer. Ce syndrome se différencie nettement de l'anémie des prématurés, des anémies secondaires toxiques ou infectieuses, de l'anémie syphilitique ; il est à distinguer formellement des érythroblastoses.

Parmi les troubles d'adaptation, qui trahissent la crise de la naissance, à côté de l'ictère physiologique, du mélæna des nouveau-nés, — types déjà bien isolés — il y a place pour une anémie à proprement parler du nouveau-né. Son début clinique après un intervalle libre, le contraste entre l'intensité de l'anémie et la conservation des grandes fonctions, la curabilité ne plaident pas en faveur d'une affection congénitale aussi redoutable que l'œdème fœto-placentaire ou l'ictère grave ; il ne peut s'agir d'un trouble constitutionnel de la formation du globule rouge. Ici, l'érythroblastose n'est qu'une réaction secondaire à la destruction globulaire au même titre que la myélocytose ; elle disparaît avec l'anémie. Le pronostic reste bon malgré une allure dramatique ; rappelons l'utilité de la transfusion sanguine au moment de la crise de déglobulisation et l'aide qu'apporte à la régénération sanguine le traitement anti-anémique habituel. (*Paris médical*, 10 décembre 1941).

Sur l'emploi fréquent des toxiques végétaux, dits abortifs

A. et G. Patoir, avec leurs collaborateurs, envisagent l'apiol, la rue, la sabine et l'armoise. Or, ces corps sont de mauvais abortifs. De posologie incertaine, d'action variable, ils n'atteignent le but poursuivi qu'après avoir gravement lésé l'organisme maternel ; et, s'ils ne l'atteignent pas, le fœtus qui continue à vivre subit lui-même des dégâts sérieux ; inutile de chercher d'autre cause à certaines dystrophies, à certaines déficiences viscérales portant spécialement sur le foie et le rein. Craignant l'avortement chirurgical (sonde, laminaire, curettage), ignorant l'avortement biologique (extraits hypophysaires, folliculine), ce sont des femmes jeunes, timides, pusillanimes qui recourent aux abortifs végétaux ; elles ont essayé ce moyen, qui leur semble inoffensif. Dans l'intérêt de ces mères et de leurs enfants, une interdiction de la vente des abortifs végétaux est souhaitable. (*La Presse méd.*, 6 déc. 1941).

DERNIÈRES NOUVELLES (Suite)

Union des médecins propharmaciens français

Les délégués de l'Union pour la *zone occupée* sont :

Pour les départements situés à l'Est de Seine-Inférieure, Oise, Seine-et-Oise, Loiret, Cher ,et y compris ces départements : Docteur Demay à Voisey (Haute-Marne).

Pour tous les autres départements : Docteur Allain à Teloché (Sarthe).

Les cotisations et abonnements au « Propharmacien » doivent être versés au Docteur Langlade-Carayon c/c 13,536, Montpellier.

Comité d'organisation de l'industrie du thermalisme

Le Centre d'information pour cures thermales et climatiques, 117, avenue des Champs-Elysées, Paris, informe le public que ses bureaux sont ouverts sans interruption de 10 heures à 16 heures sauf samedis, dimanches et fêtes, uniquement à la réception des demandes de laissez-passer pour cures thermales des *malades domiciliés dans le département de la Seine* et présentant à l'appui de leur demande :

1° Un certificat médical administratif légalisé par le commissaire de police, et

2° un certificat médical descriptif.

Ils devront, en outre, être porteurs de leur carte d'identité, établie à une date postérieure au 1er octobre 1940 ou validée depuis cette date, et auront à verser, cinq jours à l'avance, au compte chèques postaux n° 3431.84 (service des laissez-passer), un cautionnement de 2.000 francs qui leur sera remboursé après accomplissement de leur cure.

Les malades domiciliés en Seine-et-Oise et en Seine-et-Marne et qui sont dans l'obligation d'effectuer une cure thermale en zone non occupée, auront, comme par le passé, à faire leur demande auprès des Préfectures de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, en joignant à leur demande les deux certificats médicaux visés par les médecins délégués du Conseil de l'Ordre de leur département (*Communiqué*).

La lutte contre l'alcoolisme

Notre distingué collaborateur, le Docteur G. Julien de Paris, a obtenu le prix A.-J. Martin de l'Académie de médecine, pour son mémoire intitulé : *Où, quoi, quand, pourquoi, comment boire* ? Il y présente sous une forme vive et frappante l'acte d'accusation du toxique national, recherche un test de maniement facile pour identifier les intoxiqués latents et envisage enfin les moyens de défense à mettre en œuvre tant par l'initiative privée que par les pouvoirs publics.

A ce titre il échoit des devoirs spéciaux au médecin qui peut agir par des prescriptions, des commentaires, des conférences et surtout par l'exemple.

Aux pouvoirs publics revient la tâche d'améliorer les conditions matérielles de la famille ouvrière et paysanne, de lutter contre l'abêtissement des travailleurs d'usine en favorisant le retour au travail réfléchi et intéresssant, enfin en instituant la carte des produits ingérables à base d'alcool.

Le travail du Docteur Julien est assez poussé pour pouvoir servir de base immédiate à une étude exhaustive de la question.

Après tant de vains palabres et de textes inefficaces il serait temps de passer à l'action.

G. L.

Le Casier sanitaire des Maisons de Paris : Paul Juillerat

L'article de notre distingué collaborateur, M. Albert Daniel, nous a valu une lettre de notre confrère et ami, le Docteur Fillassier, du Château de Suresnes. Ancien collaborateur de Paul Juillerat, créateur du Casier sanitaire des maisons de Paris, le Docteur Fillassier nous avertit qu'il a fait une démarche auprès du Préfet de la Seine pour faire donner le nom de Paul Juillerat à une nouvelle rue traversant un ilôt insalubre démoli. Nous nous associons d'autant plus à ce projet d'hommage posthume que nous avons nous-même connu Paul Juillerat et avons été témoin de l'intelligence, de l'énergie et du soin qu'il a mis dans l'accomplissement de la lourde tâche de la création de ce casier sanitaire.

J. Noir.

La définition de profession libérale

A l'occasion de notre dernier *Propos du Jour* nous avons reçu une très intéressante lettre du Docteur Bozo, de Paris, que nous regrettons de ne pouvoir publier *in extenso*. Le Docteur Bozo critique avec raison toutes les définitions de la profession libérale qu'il trouve incomplètes. Il admet que libérale vient de *liber*, livre, et, se basant sur cette étymologie, il définit la profession libérale : *une profession dans laquelle l'instruction et la culture générale, résultant de l'étude des livres, a plus de part que l'apprentissage manuel.* C'est bien, mais beaucoup de fonctionnaires, les magistrats, les officiers, etc. exerceraient une profession libérale !

J. N.

École libre des sciences médicales

Les conférences ont lieu les mercredis à 20 h. 45 aux Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Siège social : 39, rue Scheffer, XVIe.

Voici la liste des prochaines conférences.

Mercredi 13 mai 1942, à 20 h. 45, M. Iselin : Chirurgie des abcès du poumon. — M. Claoué : La médecine, science de la finalité de l'être et de l'homme en particulier.

Mercredi 20 mai 1942, à 20 h. 45, M. Cuvier : La micro radio-activité alimentaire. — Mme L. Bourdel : Le problème psychologique et médical dans l'organisation du travail.

Mercredi 27 mai 1942, à 20 h. 45, Mme Randouin : Vitamines et équilibre alimentaire. — M. Roger : Horizons nouveaux en orthodontie.

Mercredi 3 juin 1942, à 20 h. 45, M. Maignon : Le rôle des graisses dans la nutrition. — M. Bertrand-Bord : La vitamine K.

Mercredi 10 juin 1942, à 20 h. 45, M. Ménard : Psychothérapie graphique : La maitrise de ses croyances. — M. Deguy : La pratique médicale et les Assurances sociales (les formalités que doivent remplir les praticiens).

Mercredi 17 juin 1924, à 20 h. 45, M. Crocquefer : Kystes paradentaires. — M. Thooris : Morphologie et pédagogie des âges (Les âges de relation).

Mercredi 24 juin 1942, à 20 h. 45, M. Ménard : La psychothérapie graphique : la maîtrise de ses gestes. — M. Laville : Qu'est-ce qu'une race ?

Mercredi 7 juillet 1942, à 20 h. 45, M. Crocquefer : Accidents d'évolution de la dent de sagesse inférieure. M. Thooris : Mimique et automates.

Métro : Saint-Michel ou Odéon.

Livre d'Or

Citation à titre posthume, à l'ordre de l'Armée de Mer, en faveur du Docteur Juste COLLE, avec le motif suivant :

« Après l'évacuation de son hôpital d'Hénin-Liétard, le Docteur Juste COLLE, âgé de 65 ans, chirurgien requis des Mines de Dourges, a cherché à rejoindre Dunkerque, pour offrir ses services à l'hôpital Villette. Dès son arrivée, a fourni d'utiles renseignement sur le secteur qu'il venait de traverser. Le même jour, a accompli une mission de reconnaissance dans la région de Béthune. Le lendemain 24 mai, a trouvé la mort au cours d'un bombardement aérien à Malo-les-Bains. »

Bibliographie

EDITIONS MALOINE, Paris

Dr P. LASSABLIÈRE. — **Manger pour vivre en bonne santé.** *Petite encyclopédie de l'alimentation hygiénique et gastronomique.*

Le titre et le sous-titre précisent parfaitement l'intention de l'auteur en écrivant son ouvrage. Cette intention il l'a en tous points réalisée.

Sous la forme attrayante d'une causerie de bonne compagnie il part des données les plus abstraites de la chimie alimentaire pour aboutir aux conseils les plus pratiques.

Même les pitoyables conditions du ravitaillement actuel sont envisagées dans quelques recettes astucieusement combinées pour tirer le meilleur parti du peu qui nous reste.

G. L.

ORDRE DES MÉDECINS

Commission régionale de la région de Paris

Communiqué

Le Comité de coordination des Conseils de l'Ordre des médecins de la région parisienne s'est réuni le 19 avril 1942 à son siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Cette réunion avait pour objet principal l'adoption d'un texte définitif de convention entre les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et l'Union des caisses d'Assurances sociales de la région parisienne. L'accord entre ces divers organismes n'avait pu être obtenu au cours des réunions de la Commission paritaire du 26 février et du 26 mars derniers. Au cours de la réunion du 19 avril, plusieurs modifications ont encore été apportées au projet qui, ainsi remanié, sera soumis à nouveau prochainement à la Commission paritaire, et paraît devoir être alors accepté par les deux parties (la Commission paritaire qui s'est réunie le 23 avril a effectivement adopté le nouveau projet remanié et la signature de la Convention n'est plus qu'une question de jours).

Le Comité de coordination a examiné ensuite le projet de Convention type Ordre des médecins — Caisses d'assurances sociales proposé par le Conseil supérieur de l'Ordre et soumis par lui à l'appréciation des Conseils départementaux. Ce projet qui prévoit notamment des négociations et des ententes entre Conseils départementaux et Caisses pour l'établissement des tarifs, et qui prévoit en outre l'arbitrage des Ministres du Travail et de la Santé en cas de non entente, a paru inacceptable au Comité

de coordination parce que ne respectant pas l'indépendance de la profession vu le principe tant de la non immixtion des caisses dans la fixation des honoraires minima que de la non immixtion des Conseils de l'Ordre dans l'établissement des tarifs de responsabilité. Pour sa part, le Comité de coordination s'en tient à la Convention que les Conseils départementaux de la région parisienne vont signer avec les Caisses, Convention qui respecte tous les principes de la Charte médicale et l'entente directe en particulier.

En fin de séance, le Comité de coordination s'est occupé de multiples questions parmi lesquelles figuraient : le projet de Convention-Union des caisses-Comité d'organisation des maisons de santé, destiné à résoudre le problème de l'hospitalisation des assurés sociaux dans les maisons de santé privées ; l'organisation des soins pour les exclus des Assurances sociales (employés des services publics et concédés, fonctionnaires, familles des gendarmes et militaires, etc...) ; le remboursement par les caisses des vaccinations préventives ; le libre choix pour les consultations pré et postnatales, etc...

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Loi du 2 *avril* 1942
fixant les conditions dans lesquelles les établissements de soins peuvent traiter les assurés sociaux

Art. 1er. — Tout établissement de caractère privé ne peut dispenser des soins, de quelque nature qu'ils soient, à un assuré social ou à ses ayants droit, s'il n'a été autorisé dans les conditions définies par la présente loi.

Les mêmes dispositions sont applicables aux maternités et aux cliniques d'accouchements.

L'autorisation est accordée, par une commission officielle régionale de huit membres, aux établissements présentant les garanties techniques équivalentes à celles des établissements publics. En cas de refus, appel peut être fait dans les deux mois devant une commission spéciale.

Le tarif minimum de remboursement des frais journaliers est établi par arrêté interministériel. Aucun remboursement n'a lieu si l'hospitalisation est faite dans un établissement non autorisé.

Jusqu'à ce que la commission régionale ait pris une décision, sont considérés comme autorisés les établissements ayant passé convention avec les Caisses ou agréés par elles.

(*J. O.*, 19 avril 1942.)

Arrêtés des 3 *et* 18 *février* 1942 fixant les composition, désignation et attributions respectives des Comité de direction, Conseil d'administration et Comité technique de l'Institut sanitaire des Assurances sociales.

(*J. O.*, 16 avril 1942.)

Loi du 12 *avril* 1942 appliquant aux militaires en congé d'armistice, le régime général des Assurances sociales, sous réserve de quelques modalités particulières.

(*J. O.*, 17 avril 1942.)

Education nationale

Décret du 15 *avril* 1942 fixant le traitement des médecins des Centres de formation des cadres du Secrétariat d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse.

(*J. O.*, 18 avril 1942).

Exercice de la médecine

Arrêté du 10 *avril* 1942 autorisant définitivement à exercer la médecine en France, par application des dispositions de la loi du 22 novembre 1941, les praticiens suivants, nés de pères étrangers :

M. le Docteur AGADJANIANTZ (Nicolas), exerçant à Paris, 85, avenue de Ségur.

M. le Docteur ARIZTIA (Raymond), exerçant à Paris (Ve), boulevard Saint-Germain.

M. le Docteur STANKIEWICZ (Georges), exerçant à Ligueil (Indre-et-Loire).

M. le Docteur CULIANO (Alexandre), exerçant à Paris, 11, place Vauban.

M. le Docteur ASLANIAN (Aram), exerçant à Paris, 120, boulevard de Clichy.

M. le Docteur CONVERSE (Georges), exerçant, à Paris, 7, rue de Chaillot.

M. le Docteur NAZARE-AGA (Ardachir), exerçant à Paris, 40, avenue Montaigne.

Arrêté du 10 *avril* 1942 interdisant définitivement par application de la loi du 22 novembre 1941, l'exercice de la médecine aux praticiens étrangers suivants:

DÉPARTEMENT DE LA SEINE (*Suite*)

M. le Docteur FICHMAN (Moïse), antérieurement à Paris, 108, rue de Patay.

M. le Docteur COMISIONERU (Nuham-Lupu), ant. à Paris, 105, rue Damrémont.

M. le Docteur CHARAPANOVSKY (Joseph), ant. à Paris, 9, boulevard Saint-Martin.

M. le Docteur RAINHORN (Joseph-Leib), ant. à Paris, 47, rue du Faubourg-Saint-Honoré.

M. le Docteur CAHANA (Janem), ant. à Paris, (14e), 79, boulevard Brune.

M. le Docteur ALMOSNINO (Nathan), ant. à Rosny-sous-Bois, 1 *bis*, rue Saint-Denis.

M. le Docteur BACICURINSKY (Aron), ant. à Vincennes, 6, rue Lébel.

M. le Docteur BAKULIN (Ber dit Bernard), ant. à Paris, 1, avenue des Gobelins.

M. le Docteur BINES (David), ant. à Paris, 21, rue des Filles-du-Calvaire.

M. le Docteur BLASS (Szulin-Hersz), ant. à Paris, 2, place de Rungis.

M. le Docteur BLOTNIK (Henri), ant. à Paris, 28, rue de Rivoli.

M. le Docteur KANDELMAN (Mendel), ant. à Paris (20e), 1, villa Bury-Vasselon.

M. le Docteur VECSLER (Benedict), ant. à Paris, 58, rue Balagny.

M. le Docteur BRENNER (Hermann), ant. à Paris, 54, rue du Colisée.

M. le Docteur BRAUNSTEIN (Aurel), ant. à Paris, 2, Meilhac.

M. le Docteur BRAUNSTEIN (Jean), ant. à Paris, 6, rue Gay-Lussac.

M. le Docteur BRINGLAS (Sami), ant. à Suresnes, 81, rue de la République.

M. le Docteur CUNER (Izu), ant. à Montrouge, 47, avenue de la République.

M. le Docteur EILBAUM (Max), ant. à Paris, 2, rue Sévigné.

M. le Docteur FINKEL (Georges), ant. à Paris, 29, rue Eugène-Jumin.

M. le Docteur FISCHMAN (Emmanuel), ant. à Paris (11e), 65, avenue Philippe-Auguste.

M. le Docteur GALMAN (Smil-Emile), ant. à Noisy-le-Sec, 6, boulevard de la République.

M. le Docteur HAYON (Moïse), ant. à Paris, 6, rue de Monceau.

M. le Docteur IPPE dit IPPA (Haïm), ant. à Paris (20e), 339, rue des Pyrénées.

M. le Docteur MARCOVICI (Gabriel), ant. à Puteaux, 14, boulevard Richard-Wallace.
M. le Docteur MENDELOVICI (Simon), ant. à Paris (12e), 100, avenue Michel-Bizot.
M. le Docteur MIZEZ (Samuel), ant. à Paris (9e), 6, boulevard d'Indochine.
M. le Docteur MOISESCO (Misu), ant. à Boulogne-sur-Seine, 13 *ter*, rue des Longs-Prés.
M. le Docteur POLINCHER (Aurel), ant. à Thiais, 30, rue Maurepas.
M. le Docteur ROVEANU (Jean), ant. à Neuilly-sur-Seine, 16, avenue Sainte-Foy.
M. le Docteur SABETAY-MARCUS, ant. à Maisons-Alfort, 71, avenue Gambetta.
M. le Docteur SCHAINES (Zisse), ant. au Bourget, 110, rue de Flandre.
M. le Docteur SCHWARZ (Léon), ant. à Paris (11e), 41, rue Faidherbe.
M. le Docteur HECHTER (Penchas), ant. à Sceaux, 15, rue Michel-Charaire.
M. le Docteur HERSCOVICI (Hersco), ant. à Paris (11e), 31 *bis*, rue de Montreuil.
M. le Docteur OSTER (Maurice), ant. à Paris (15e), 158, rue de la Convention.
M. le Docteur ORLEAN (Elijsasz-Ber), ant. à Paris, 97, rue de Bagnolet.
M. le Docteur SEGAL (Benjamin), ant. à Saint-Denis, 118 *bis*, boulevard Anatole-France.
M. le Docteur WEISSBERG (Srul), ant. à Paris, 95, boulevard Magenta.
M. le Docteur WIND (Isidor), ant. à Paris, 22, rue Fontaine.
M. le Docteur TECUCIANU (Osias), ant. à Milly (Seine-et-Oise), 14 *bis*, rue du Faubourg-de-Paris.
M. le Docteur AVRAMESCO (Moritz), ant. à Paris, 45, rue de Clichy.
M. le Docteur DAVID (Isaac), ant. à Paris, 97, rue de Charonne.
M. le Docteur FEIGENBAUM (Elie), ant. à Drancy, 110, avenue Jean-Jaurès.
M. le Docteur GRUNBERG (Siegfried), ant. à Paris (5e), 28, rue Censier.
M. le Docteur KOUKOL (Vladimir), ant. à Paris, 58, rue du Théâtre.
M. le Docteur LICHTENBERG (Hirsch), ant. à Vincennes, 1, rue Defrance.
M. le Docteur PARISKO (Girch), ant. à Paris, 33, rue Lecourbe.
M. le Docteur REINHOLD (Louis), ant. à Paris, 102, boulevard Voltaire.
M. le Docteur SIMON (Isaac-Hillel), ant. à Paris, 18, rue Théodule-Ribot.
M. le Docteur BOMBIGHER (Marc), ant. à Surssnes, 29, rue Edouard-Vaillant.
M. le Docteur CZACZKES (Philippe), ant. à Paris, 5, avenue d'Eylau.
M. le Docteur LEJWI (Aron), ant. à Paris, 144, rue de Flandre.
M. le Docteur RAITER (Strui), ant. à Paris (9e), 26, avenue Trudaine.
M. le Docteur RAUCHBACH (Arthur), ant. à Puteaux, 74, avenue du Président-Wilson.

(*J. O.*, 21 avril 1942).

Inspection du travail

Arrêté du 9 *mars* 1942 nommant les Docteurs Gros, Eck et Ménétrier en qualité d'inspecteur généraux du Travail.

(*J. O.*, 17 avril 1942.)





PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE SOMBRE AVENIR DE LA PROFESSION MÉDICALE

Les médecins se plaignaient encore naguère qu'on ne défendait pas leurs intérêts. Or ils n'avaient jamais trouvé autant de défenseurs. Ministère de la Santé, Conseils de l'Ordre, Presse médicale, même (qui l'eut cru !) l'Académie de médecine se disputaient âprement le privilège de les défendre. Le Corps médical aurait aimé sans doute avoir moins de défenseurs. S'il avait été sérieusement organisé, il aurait adressé volontiers au Très Haut, la prière de Voltaire : « Seigneur, préservez-moi de mes amis, je me charge de mes ennemis. » Mais il n'était pas organisé. Dans son désarroi, il écoutait impuissant les beaux projets, les belles promesses et comme le coq de la Fable qui en picorant a trouvé une perle :

> Le moindre grain de mil,
> Ferait bien mieux son affaire.

En attendant, on grignotait une à une les quelques libertés qui lui restaient. Hier, c'était le libre choix laissé au pensionné de guerre pour les soins gratuits que la loi des pensions lui assurait. Désormais, ce dernier pourrait toujours choisir son médecin, mais il devrait le prendre sur une liste de médecins agréés.

Demain, le même système serait appliqué aux Assurances sociales. Comme le plafond de ces Assurances est fixé à 42.000 francs de revenu, les quatre-cinquièmes de la population devraient choisir leur médecin sur la liste des agréés, qui serait dressée par qui et comment ? ?

Le praticien qui exerçait dans un village éloigné d'une officine était obligé de ce fait, de devenir propharmacien ? Or, on cherchait à limiter sa liberté de prescrire, si l'on ne le mettait pas dans l'impossibilité de se procurer les médicaments nécessaires.

Les règlements étaient arbitrairement appliqués. On nous signalait dans la région du Nord, un jeune médecin qui ne pouvait pas s'installer dans son pays natal parce que le Président du Conseil départemental de l'Ordre avait autorisé un étranger israélite qui n'avait rendu aucun service à la France et qui, légalement n'aurait pas le droit d'exercer, à s'établir dans le bourg convoité par le jeune praticien.

On nous signalait encore des confrères prisonniers libérés, retournant chez eux, qui trouvaient leurs postes occupés avec l'assentiment, que nous voulons bien croire donné inconsciemment, des Conseils départementaux de l'Ordre.

Certain préfet distribuait à tort et à travers les permis de circuler à des médecins n'exerçant pas, à d'autres venus dans le pays en villégiature, et les refusait à des praticiens qui assuraient péniblement une clientèle rurale ; l'essence et le charbon étaient aussi fantaisistement attribués. Réclamait-on ? Les autorités faisaient la sourde oreille. Le médecin restait en panne et le malade sans soins. Voilà quelques récriminations, nous en passons et des meilleures.

Nous savons bien qu'en revanche, on était en train en haut lieu d'étudier une retraite obligatoire pour tous les médecins. On voudrait l'établir par répartition pour éviter les effets d'une dévaluation probable. La cotisation serait basée sur le prix d'un certain nombre de visites.

Mais le montant de la cotisation pour assurer une retraite convenable serait fatalement assez élevé. Nous nous demandons avec angoisse comment avec les impôts, les assurances, les cotisations diverses, les moyens de transport, le loyer et un minimum de serviteurs indispensables, le jeune médecin pourrait arriver à vivre. Et on lui demandait encore de créer une famille et de donner des enfants à l'Etat ! !

M. le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé d'alors, nous avait promis que l'Institut sanitaire créé pour subventionner les organisations de médecine sociale avec les importantes réserves des Assurances sociales, ne financerait pas de dispensaires de soins et ne concurrencerait par les médecins praticiens ; que d'ailleurs, il ne prendrait une décision qu'après avoir consulté le Comité technique où le Conseil supérieur de l'Ordre a des représentants. Nous faisions confiance. Mais ajoutions-nous : *pouvait-il nous répondre de son* SUCCESSEUR ? D'autre part deux représentants du Conseil supérieur de l'Ordre choisis par lui, faisaient partie du Comité technique. Ils pouvaient être évincés par un autre Ministre et nous aurions préféré que ces deux représentants fussent délégués par le Conseil de l'Ordre.

L'avenir de la Profession médicale nous paraissait bien sombre. On nous objectera que les médecins, fâcheusement trop individualistes en négligeant d'organiser eux-mêmes la médecine sociale, en ne répondant pas au désir des Syndicats médicaux qui voulaient prendre en charge la médecine sociale, sont en partie responsables de cette situation. Nous n'en disconviendrons pas. Mais à quoi bon récriminer sur le passé. Songeons aux victimes futures qui seront les malades d'abord et les médecins ensuite et aidons le nouveau secrétaire d'Etat à la Santé à calmer nos appréhensions en rétablissant l'ordre dans le chaos créé jusqu'à ce jour dans notre profession sous prétexte de révolution nationale.

J. NOIR.

LE PROGRAMME MINISTÉRIEL DU Dr GRASSET

Dès son arrivée à Paris, le Docteur Grasset, secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé dans le nouveau gouvernement, a convoqué les représentants des principaux journaux médicaux à une conférence de presse.

Il les a accueillis avec une cordialité confraternelle et en exprimant le prix particulier qu'il attachait à une collaboration confiante entre lui et eux.

Il se présente lui-même en praticien qu'il est, un praticien que la désignation du Chef de l'Etat a brusquement arraché à sa clientèle et qui, connaissant les besoins et les désirs actuels du Corps médical, souhaite d'être tenu au courant de ce que pense et ce que dit celui-ci.

Il lit ensuite le texte suivant :

Un malaise s'est élevé, qui n'a cessé de s'aggraver, entre le corps des praticiens et le gouvernement.

L'heure et les circonstances ne se prêtent pas à un tel débat.

J'entends détendre l'atmosphère.

Médecin-praticien, fils de médecin, j'apporterai à l'exercice de la fonction ministérielle l'esprit de mon labeur quotidien : préoccupation scrupuleuse de ce qu'on doit à ceux qui souffrent, sauvegarde de notre dignité professionnelle.

J'envisage une réforme profonde de tout ce qui concerne la protection de la santé, le perfectionnement physique, psychique, sensoriel de la race.

J'ai le désir de modifier les conditions actuelles de l'exercice professionnel en rétablissant le circuit de confiance entre les médecins, leur cadre corporatif et le Gouvernement.

J'étudie avec les hautes personnalités médicales et corporatives les plus qualifiées ce qu'il convient de faire dans ce sens, et dont les grandes lignes sont déjà dans ma pensée.

Je veux rendre aux médecins la qualité majeure, étant bien convenu que la tâche à entreprendre en commun comportera de larges ambitions et de lourdes responsabilités.

Je ne doute pas que nos efforts conjugués seront à la hauteur des circonstances où se débat notre patrie meurtrie et de la volonté de rénovation nationale qui anime son Gouvernement.

Le Professeur Loeper prend alors la parole pour remercier le Ministre d'avoir si tôt tenu à prendre contact avec la presse, et pour l'assurer que celle-ci répondra de tout cœur à son appel. Ce n'est certes pas le désir de servir qui, en des circonstances aussi graves, manquera aux journalistes médicaux, mais les moyens matériels de s'exprimer.

Le Ministre, commentant la déclaration dont il a donné lecture, précise alors qu'un de ses soins majeurs sera d'intervenir en faveur des confrères prisonniers. Il sait à quel poin les intérêts de ceux-ci sont menacés et demeurent mal défendus. Il fera tout en son pouvoir pour donner à ces médecins et à leurs familles, l'assurance que la libération ne sera pas pour eux le signal d'une amère déception et d'un recommencement à zéro. Dès maintenant, il nourrit le projet de leur faire réserver un certain nombre de situations fixes afin de leur faciliter la tâche.

En ce qui concerne les médecins étrangers, il manifeste avec force sa volonté de prendre la défense des médecins français contre les importés qui n'ont voulu voir dans la France qu'un pays agréable à vivre et facile à exploiter. Ceux qui se seront dérobés aux charges qui pesaient sur leurs confrères français n'ont à attendre aucune tergiversation, aucune faiblesse.

Les praticiens français trouvent dans le Docteur Grasset un des leurs investi du pouvoir et acquis à leur cause. C'est dans cet esprit, le nouveau Ministre y a insisté à plusieurs reprises, qu'il entend passer à l'action.

Nous ne pouvons que le féliciter de situer son point de vue aussi nettement et nous réjouir de ce que le Corps médical ait trouvé un interprète aussi averti et un défenseur aussi résolu.

***

Le Ministre ayant témoigné de son attitude entièrement confraternelle vis-à-vis des médecins et de leurs préoccupations de l'heure, nous croyons opportun de résumer celles-ci sous une forme concise et purement énumérative :

LES VŒUX DU MÉDECIN PRATICIEN

I. — Exercice de la médecine

a) *Problème des médecins étrangers.* — Rien de pire à ce qui fut fait à cet égard : solution de principe *inappliquée*, par généralisation des autorisations provisoires et des sursis accordés à la suite des interdictions. Les résultats de la loi du 16 août ont été remis en question par la loi du 22 novembre 1941. D'où : nouvelles demandes, abus de la qualité de combattant, circulaires, instructions et décrets se succédant et se contredisant sans résultats apparents. Le médecin praticien souhaite une solution *définitive effectivement et apparemment appliquée.*

b) *Pléthore et densité médicales.* — La loi permet aux Conseils de fixer une densité maxima de médecins par région. Le chiffre adopté par le Conseil supérieur (un médecin par 1.600 habitants) annule en fait cette mesure. Le minimum vital apparaît de un médecin pour 2.500 habitants. En attendant la loi reste lettre morte.

c) *Problème des médecins prisonniers.* — Trop de médecins de réserve dans les camps, trop de médecins d'active en congé d'armistice. Méconnaissance complète en pratique par les préfets et les Conseils de l'Ordre des droits des médecins prisonniers rapatriés (loi du 2 avril 1941). Il faut appliquer effectivement la loi et la renforcer en fixant périmètre et durée de protection, en l'assortissant de sanctions pénales.

d) *Exercice de la propharmacie.* — Permettre l'exercice en fait (ravitaillement) comme un droit (autorisation) de la propharmacie.

II. — Condition matérielle du praticien

a) *Ravitaillement.* — Pour l'*essence* et le *charbon*, la répartition laisse à désirer dans de nombreux départements. Les Conseils départementaux ne sont pas consultés ou écoutés. Les droits du Corps médical apparaissent comme systématiquement méconnus. Il en va de même bien souvent pour l'attribution des *ausweiss.*

b) *Impôts.* — Ne point traiter le médecin en fraudeur ou paria de manière systématique. Ne point le transformer en commerçant : *supprimer le carnet à souches.* Recourir à l'Ordre pour le contrôle de la moralité fiscale des praticiens. Le contrôle assuré, réduire le taux de l'impôt à celui des traitements et salaires, alléger la patente pour les jeunes et les vieux médecins.

c) *Allocations familiales.* — Application aux médecins des dispositions de droit commun : subvention pour la caisse des professions médicales, bénéfice des exonérations légales, application effective de la sur-compensation. En outre, pour les indépendants proportionner les cotisations aux ressources, aider effectivement les familles moyennes et non seulement un petit nombre de familles très nombreuses.

d) *Retraite-prévoyance.* — Régionalisation des œuvres d'assistance de retraite et de prévoyance. Maintien des œuvres existantes. Création d'un organisme central ayant pour but la capitalisation, la sur-compensation et la garantie. Ne pas écraser le médecin (et surtout le jeune) sous de trop lourdes cotisations.

III. — Le praticien et les Conseils départementaux

a) *Inscription au Tableau. Droit d'installation.* — Pas de tyrannie ou de fonctionnarisme corporatif. Inscription au Tableau de tout médecin en règle avec la loi et la moralité. Pas de fixation arbitraire par les Conseils départementaux du droit et du lieu d'installation, de successeurs ou de remplaçants.

b) *Contacts entre le praticien et le Conseil.* — Néces-

sité d'un contact confiant faisant défaut fréquemment actuellement. Tendre vers l'élection. En attendant instituer et développer les *Commissions consultatives* composées de volontaires (de jeunes) fonctionnant en liaison étroite avec les Conseils et dressant les listes de propositions lors des renouvellements.

c) *Structure du Conseil.* — Séparer l'étude et l'administration de la juridiction : aux jeunes les premières tâches, aux anciens le soin de juger leurs pairs.

IV. — Conseils départementaux et Conseil supérieur

Nécessité de remédier au divorce complet existant actuellement entre les Conseils départementaux et le Conseil supérieur, les premiers proches des praticiens, le second considéré comme unique reflet du Gouvernement.

Pour recréer l'unité, instituer un double courant de la base vers la tête, de la tête vers la base. Le Conseil supérieur doit *informer* non seulement les Présidents, mais encore le Corps médical. Il doit le *consulter* avant de l'engager. Les Commissions consultatives, les Sociétés médicales déjà existantes et la presse médicale sont les moyens qui permettront de créer cette nécessaire communauté.

V. — Le Conseil supérieur et l'Etat

a) *Structure du Conseil supérieur.* — Séparation des pouvoirs administratifs, réglementaires ou juridictionnels. Mettre le Code de déontologie et la règle professionnelle au-dessus des fluctuations constantes mais nécessaires de l'administration. Ces règles doivent être le fruit de la corporation elle-même.

b) Consultation du Conseil supérieur par *tous* les Ministères *préalablement* à *toute* loi traitant de près ou de loin de l'exercice de la médecine. Laisser au Conseil supérieur le temps matériel de consulter le Corps médical.

VI. — Le Corps médical et la médecine sociale

a) *Ne pas étatiser la médecine.* — Confier à la corporation sous le contrôle de l'Etat, le soin d'adapter l'exercice de la médecine aux nouvelles exigences de la communauté en tenant compte de ses traditions.

b) *Respect de la charte médicale* :

— respect du libre choix, étendu à tout médecin diplômé inscrit au Tableau dans tous les domaines de la médecine sociale (A. S., A. T., loi des pensions, etc.). Pas de liste de médecins agréés.

— maintien de l'entente directe avec tarif corporatif minimum et contrôle par l'Ordre du taux des honoraires. Application de ces règles notamment pour les Assurances sociales.

— réglementation nouvelle, mais respectée par l'Etat lui-même, du secret professionnel.

— maintien de la liberté de traitement et de prescription. Pas de médecine officielle ou de sur-médecins. Ne pas rompre l'unité de la profession.

c) *Relèvement et unification des tarifs de médecine sociale, inchangés depuis* 1938 *ou plus encore.*

d) *L'Institut sanitaire.* — Le subordonner à la Santé publique qui doit y prédominer sur le Travail et les Assurances sociales. Y introduire de droit un représentant de l'Ordre des médecins. Donner localement aux Conseils départementaux le moyen de contrôler toute création de Centres de traitement par les Caisses.

e) *Contrôle de la profession.* — Il doit appartenir à la profession elle-même, c'est-à-dire à l'Ordre sous la censure du Conseil d'Etat. Donner aux Conseils de l'Ordre la *plénitude de juridiction* en supprimant les Commissions de contrôle spéciales afin de maintenir l'unité de la règle professionnelle.

LA MÉDECINE PRÉVENTIVE DES JEUNES (1)

Dès la formation du ministère de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse (la Jeunesse a connu des fortunes très diverses, devenant tour à tour, secrétariat d'Etat, secrétariat général, direction avec personnel et attributions variables) une pensée s'est imposée, a survécu et commencé à se concrétiser « le contrôle médical systématique de la Jeunesse qui semble indispensable pour obtenir des générations saines et vigoureuses ».

Les projets ont été aussi nombreux que ceux qui ont eu à connaître des questions de jeunesse ; dès maintenant quelques réalisations méritent d'être connues des praticiens. Ceux-ci sont assez souvent appelés à collaborer à cette œuvre d'intérêt national, l'ambition de cet article est de leur fournir une vue d'ensemble sur la question.

Jusqu'à la fin de la période scolaire, que ce soit dans le primaire ou dans le supérieur, les jeunes relèvent de l'Education nationale, et plus spécialement, pour ce qui nous intéresse du Commissariat à l'Education générale et sportive (direction de l'Education générale que nous espérons voir bien longtemps entre les mains de son chef actuel, grand universitaire et grand sportif).

L'inspection médicale scolaire existait dans le département de la Seine ; elle a été étendue à un certain nombre de départements où elle est confiée à des médecins conventionnés qui donnent tout leur temps à leur circonscription : ils pratiquent les examens cliniques, les vaccinations, les cuti-réactions (quand ils peuvent en contrôler les résultats). L'examen radioscopique souhaitable malgré les controverses qu'il soulève n'est que difficilement praticable en l'absence de voitures radiologiques. Dans les lycées, le médecin du lycée a été appelé à prendre une part active au contrôle. Dans l'Enseignement supérieur l'examen facultatif, mais fortement conseillé, a été instauré. A Grenoble, une maison de post-cure est en voie d'installation qui permettrait aux étudiants sortant du sanatorium, de continuer leurs études sous surveillance médicale. L'examen médical relève de la direction à l'Education générale, en raison de la récente réforme de l'enseignement qui introduit aux divers échelons des activités d'éducation générale.

La direction sportive du Commissariat à l'Education générale et sportive surveille les activités physiques ainsi que le bilan médico-

(1) L'auteur de cet article est en cette matière d'une particulière compétence ayant occupé, pendant une année environ les fonctions de médecin d'une de nos plus importantes école de cadres.

physiologique des jeunes sportifs scolaires, universitaires ou inscrits à une Fédération sportive : les moins de vingt ans désireux de prendre une licence sportive et de pratiquer la compétition doivent présenter un certificat médico-sportif. On espère ainsi éviter les claquages prématurés de phénomènes qui n'ont su être que des champions d'une heure. Nombre de praticiens conviés à cette tâche apportent leur double expérience scientifique et sportive.

Un centre médico-sportif du Comité national des sports a été installé ; d'autres centres secondaires sont en voie d'installation dans toute la région parisienne. Ces centres prêteront leur concours aux Sociétés sportives qui ne pourraient posséder leur propre service médical.

Une autre catégorie de jeunes est constituée par ceux qui ne pratiquent pas de sport mais qui sont inscrits à un mouvement de jeunesse à tendance culturelle. Un contrôle médical y existe, souvent autonome, mais subissant de plus en plus les directives du secrétariat général. Ces mouvements culturels encadrent volontiers les jeunes inscrits aux centres de jeunes travailleurs, jeunes chômeurs ou jeunes inoccupés (appellation variant selon le lieu et l'heure pour les mêmes sujets), sous les auspices de la direction au travail des jeunes, pour l'instant jumelé avec l'enseignement technique. Ces activités sont coordonnées et inspirées par le service médical du secrétariat général de la Jeunesse.

Dans ces formations destinées au préapprentissage et à l'apprentissage, un médecin local pratique la visite d'incorporation, pratique ou fait pratiquer la radioscopie systématique, fait la visite semestrielle, assure les soins courants et d'urgence. L'application des directives ministérielles, l'observation des règles hygiéniques, dans les centres ou chantiers, la réalisation de la vaccination, sont contrôlés par un médecin assistant régional. Dans la cadre de la province ou de la région, ce médecin (un jeune qui, la plupart du temps, accomplit ainsi un véritable service social), inspecte, établit, surveille, propose en tenant compte des instructions supérieures et des nécessités locales. Il assume une très grosse responsabilité, il est aidé dans sa tâche par le médecin conseil régional : il s'agit là d'une personnalité médicale résidant au chef-lieu de la province, choisie par la direction médicale du Commissariat pour sa compétence, sa notoriété, sa connaissance des contingences locales. Si le médecin assistant est appointé, les fonctions de médecin conseil sont honorifiques. Ce dispositif fonctionne dans toute la zone non occupée, il est en cours d'application en zone occupée. Dans certains cas particuliers on a été amené à créer des médecins conseils affectés à un département ou à une agglomération donnée.

Les mouvements qui en zone non occupée, eurent à une certaine époque la pleine autonomie de leur service médical, comme le mouvement compagnon, et aussi les mouvements scouts, ont vu progressivement diminuer cette autonomie au profit des services du secrétariat général.

Un élément très particulier et important du contrôle médical des jeunes, est constitué en zone non occupée par les chantiers de la Jeunesse. Nul n'ignore que, dans cette partie du territoire, tous les jeunes Français atteignant l'âge de vingt ans sont astreints à un service civique obligatoire d'une durée de huit mois et se déroulant dans les chantiers de la Jeunesse. Tous les jeunes Français y sont convoqués (ce uniquement par voie d'affiches et de presse et les cas d'insoumission ne sont pas plus nombreux que par appels par les bureaux de recrutement), sans conseil de révision préalable. Cette façon de procéder vient en partie du but que se proposent les chantiers. Il s'agit essentiellement de donner aux jeunes français une certaine formation commune, un sens de l'équipe et de la discipline raisonnée ; les résultats acquis sont d'ores et déjà extrêmement encourageants. Tous les jeunes sont donc dès le début examinés et vaccinés selon la formule classique. Ils sont ensuite répartis selon leurs possibilités physiques en groupes réunissant les forts, les moyens et les faibles, susceptibles d'être ménagés ou même rééduqués. Les cas de réforme, ou d'exemption sont très rares, essentiellement constitués par les sujets porteurs d'affections évolutives ou contagieuses ; une malformation n'est pas incompatible avec ce stage, bien des anciens réformés de l'armée auraient figuré parmi les effectifs des chantiers : ils ne traînent plus après eux cette étiquette de réformé, si pénible pour certains ; ils sont réintégrés dans la communauté de la Jeunesse française.

Les jeunes répartis par groupes d'une vingtaine vivant avec le chef d'une façon permanente fournissent un travail quotidien répondant à deux idées directrices ; l'une de ces idées est celle de travail utile à la collectivité : bucheronnage, assèchement des marais, etc. ; l'autre est que le jeune doit accomplir un travail éducatif : éducation physique et éducation morale et intellectuelle. Ces deux formes d'activités doivent se balancer et absorber une part égale de l'emploi du temps. Dans le programme de formation intellectuelle et morale, le secourisme et l'hygiène se trouvent en bonne place. Des équipes de secouristes et d'infirmiers sont constituées qui savent se rendre utiles dans les formations parfois très éloignées en forêt ou en montagne.

Parmi les institutions nouvelles de la Jeunesse, il en est qui méritent une mention particulière, ce sont les écoles de cadres de la Jeu-

nesse, qui, sur le plan national, sont celles d'Uriage (garçons), Ecuty (filles) ou de la Chapelle en Servai. Sur le plan régional, il en existe dix-sept pour la seule zone non occupée, sans compter les Ecoles spécialisées comme celles des chantiers de la Jeunesse, des maisons de Jeunes, du mouvement Compagnon. Ces écoles se sont attachées à dégager parmi les hommes de bonne volonté les chefs, les élites réelles qui ont tant manqué à la France dans les heures graves de la guerre, comme à la période si troublée de l'avant-guerre. Elles s'adressent à toutes les couches de la Nation, aucune classe n'ayant le privilège des élites et les élites se trouvant partout ; elles s'efforcent de faire prendre notion à leurs élèves de la réalité de la communauté nationale, en la reproduisant à une petite échelle dans l'équipe ; elles font envisager les divers problèmes qui conditionnent l'avenir du pays, et au premier chef son relèvement. En bonne place de ces problèmes se place le problème sanitaire-hygiène, éducation physique, étude des fléaux sociaux tout en remontant aux causes profondes d'ordre intellectuel, spirituel et moral. Il importe que ces hommes qui ne sont pas tous jeunes (n'a-t-on pas vu le sous-directeur d'une de nos grandes écoles en équipe avec des ouvriers de vingt ans et des instituteurs coloniaux) mais qui tous brûlent du désir de participer au relèvement du pays par sa jeunesse, puissent connaître, répandre et faire appliquer les disciplines qui nous ont fait si cruellement défaut, tout en restant dans la grande tradition française. Il importe que les médecins, partout où ils le pourront, participent de façon active à l'enseignement de ces écoles, tant sur le plan scientifique que sur le plan humain ; il faut qu'ils montrent à ceux qui encadreront la masse pourquoi la médecine est ce qu'elle est, ce qu'elle a de grand, ce qu'est sa vocation, ce qu'elle a de perfectible, ce qu'elle a de fondamental et qui ne sera pas bouleversé sans grand danger pour le malade, donc pour la masse elle-même. En prenant des contacts sur un plan qui n'est plus celui de la pratique médicale, mais sur un plan spéculatif et doctrinal, le médecin ne pourra que s'enrichir. Il acquerra des ouvertures sur des données nouvelles, avec une optique nouvelle, combattant l'ankylose toujours à redouter.

Pour en revenir à cette organisation multiforme, parfois d'apparence anarchique, du contrôle médical de la jeunesse française on peut se demander quel est en fin de compte le rôle de la Santé publique en cette affaire. La Santé conserve intact son droit de regard et de contrôle, mais elle délègue aux services médicaux intéressés ses pouvoirs d'exécution.

Que peut-on souhaiter en manière de conclusion ?

Nous aimerions que, pour avoir une pleine efficacité, tous ces examens soient coordonnés. On a trop tendance à mettre désormais comme condition d'admission n'importe où une visite médicale. Cette visite sera répétée à l'école, à la société sportive, à la maison de jeunes, au mouvement culturel, etc... Elle sera toujours rapide : les médecins ne manquent ni de conscience ni de complaisance, mais bien de temps ; la visite consistera en une série de mensurations et en une auscultation en série. Il serait souhaitable que les multiples fiches de toute taille et de toute couleur soient réunies en une seule. Cette fiche ou ce dossier seraient communiqués au médecin du groupement mais là nous abordons la brûlante question du carnet de Santé et de ses redoutables conséquences quant au secret professionnel.

Il ne faut pas que des visites répétées et superficielles déconsidèrent dans l'esprit des jeunes l'acte médical ; l'examen systématique doit être un exemple de travail bien fait. En corollaire, il faut que les administrations qui le préconisent soient les premières à le considérer comme un acte important et le rémunèrent honorablement. Le médecin pourra y consacrer le temps désirable, sans qu'on lui en marchande la valeur. Les dépenses budgétaires ainsi engagées ne sont pas perdues, elles constituent pour le pays un placement de père de famille soucieux d'assurer à ses enfants le plus précieux des héritages, la santé.

Il est souhaitable que tous les jeunes subissent cet examen systématique au cours de l'adolescence. Les jeunes citadins sont faciles à atteindre à l'école, à l'atelier, à l'association sportive ; la masse des jeunes campagnards sera beaucoup plus difficile à atteindre avant l'âge du service civique obligatoire lui-même actuellement limité à une partie seulement de la population française. Un grand pas sera fait pour le maintien à la terre, quand on aura su toucher les jeunes campagnards pour l'examen médical comme pour le reste des activités de jeunesse.

Les jeunes déshérités ne sont pas oubliés : des efforts considérables sont faits pour assurer le placement, l'éducation, le contrôle des jeunes anormaux, instables, prédélinquants. La rééducation liée au contrôle médical constant est le meilleur instrument de prophylaxie contre la délinquance juvénile. Mais là aussi presque tout est encore à créer.

Ce qui a été réalisé est peu de chose en comparaison avec ce qui d'ores et déjà est à réaliser. Cela a été fait en peu de temps avec des moyens très limités et dans des conditions très difficiles. On ne peut rien sans le temps, cela se fera et les médecins sauront apporter leur pierre à cet édifice.

(*Mars* 1942) R. Jodin.



ÉCHOS & COMMENTAIRES

Etablissements de soins et Assurances sociales. — Remplacement. — Nouvelle nomenclature des Assurances sociales. — Contrôle des institutions privées d'hygiène et d'assistance. — Propharmaciens et Comité d'organisation de la pharmacie. — La réunion d'Angers.

L'équipe ministérielle descendante nous a laissé comme souvenir une loi toute imprégnée encore, à titre symbolique semble-t-il, de l'esprit étatique qui l'animait en matière médicale. Nous voulons parler de la loi du 2 avril fixant les conditions dans lesquelles les établissements de soins peuvent admettre des assurés sociaux.

Nous nous proposons de traiter plus longuement dans un prochain numéro du nouveau régime qu'elle institue. Mais nous avons tenu à marquer dès maintenant ce nouveau coup porté à la famille des professions médicales.

On se rappelle que le décret-loi du 28 octobre 1935 avait prévu en cette matière quatre catégories (conventionnée, agréée, contrôlée, indépendante). L'agrément n'était pas arbitraire. Un recours devant la Commission tripartite (Médecins, Caisse, Administration) était prévu.

Des communiqués officiels nous avaient promis l'année dernière que le libre choix de l'établissement de soins serait dorénavant effectivement assuré. Il y a loin de ces promesses à la réalité. Les établissements de soins seront dorénavant soumis au régime de l'autorisation qui dépendra d'une Commission où les Caisses sont en majorité et où le Corps médical non plus que le Comité d'organisation des maisons de santé ne sont représentés.

C'est donc d'une liberté soigneusement dirigée qu'il s'agit !

***

Le Conseil de l'Ordre du département du Nord, vient de proposer au Conseil supérieur qui l'a accepté, une modification à l'article 26 du Code de déontologie dont le texte actuel est le suivant :

« Sauf convention entre les intéressés ou autorisa-
« tion du Conseil départemental de l'Ordre, il est
« interdit à un médecin de s'installer à moins de
« 20 kilomètres d'une localité où il a été appelé
« comme remplaçant : pendant deux ans, si la durée
« globale de remplacement est comprise entre 45 et
« 90 jours : pendant cinq ans, si elle est supérieure
« à 90 jours ».

On en déduit donc qu'aucune interdiction de s'installer n'existe à l'encontre du médecin remplaçant lorsque la durée de remplacement a été inférieure à un mois et demi.

***

La loi du 29 mai 1941 portant modification du tarif des Assurances sociales maladie et maternité prévoyait dans son article 1er l'établissement d'une nouvelle nomenclature.

Cette nomenclature dont la publication est annoncée par un arrêté du 15 avril 1942 paru au *J. O.* du 19 avril, sera prochainement rendue publique.

Nous ne manquerons pas de la porter aussitôt à la connaissance de nos lecteurs.

La valeur du chiffre-clef sera ultérieurement fixée par région.

Nous croyons savoir d'autre part que cette nomenclature sera progressivement étendue aux autres branches de la médecine sociale.

***

Une loi dont nous publierons le texte dans notre prochain numéro vient de soumettre à l'agrément du Secrétaire d'Etat à la Santé, la nomination et la rémunération du personnel non seulement administratif, mais encore dirigeant et technique, de toute association, fondation ou institution exerçant son activité dans le domaine de l'hygiène ou de l'assistance et qui fait appel aux subventions publiques pour au moins 40 % de son budget.

C'est là l'instrument nécessaire pour une solution légale de la question des dispensaires privés. Mais on aimerait connaître quelle est la politique officielle à ce sujet. On aimerait mieux encore que la corporation médicale participât à son élaboration et à son application.

***

La pharmacie d'officine vient d'être rattachée par un décret du 3 avril 1942 au Comité d'organisation des industries du commerce des produits pharmaceutiques.

C'est donc à ce dernier que les propharmaciens devront désormais s'adresser pour toutes les questions d'approvisionnement et de répartition.

Souhaitons qu'à la faveur de ce rattachement, les intérêts de nos confrères propharmaciens soient effectivement respectés et que disparaissent les incidents regrettables auxquels le régime antérieur avait donné naissance.

***

Le dimanche 19 avril dernier, une centaine de praticiens d'Anjou se sont réunis à l'appel du Groupement corporatif sanitaire, sous la présidence du Docteur Mary, de Brissac; les Docteurs Hollier et Guérin ont exposé à leurs confrères les principes d'un véritable corporatisme et se sont élevés contre les atteintes portées sans répit depuis plusieurs mois à la charte médicale . L'ordre du jour, adopté à la Salle des Centraux, fut acclamé unanimement. Il y fut ajouté une adresse de confiance au Dr Grasset, sur lequel on compte pour réparer les erreurs commises et dissiper le « malaise médical ».

CORRESPONDANCE

2.174. — Déclaration des maladies contagieuses

Pourriez-vous m'indiquer la liste des maladies pour lesquelles la déclaration est obligatoire ?

Dr S.

Réponse

Voici cette liste ainsi que les numéros sous lesquels ces maladies doivent être déclarées :

1° *La fièvre typhoïde et les fièvres paratyphoïdes* ;
2° *Le typhus exanthématique* ;
3° *La variole* ;
4° *La scarlatine* ;
5° *La rougeole* ;
6° *La diphtérie* ;
7° *La suette miliaire* ;
8° *Le choléra* ;
9° *La peste* ;

10° *La fièvre jaune ;*
11° *Les dysenteries amibienne et bacillaire ;*
12° *Les infections puerpérales ;*
13° *La méningite cérébro-spinale ;*
14° *La poliomyélite antérieure aiguë ;*
15° *Le trachome ;*
16° *La fièvre ondulante ;*
17° *La lèpre ;*
18° *La spirochétose ictéro-hémorragique ;*
19° *La psittacose humaine.*

Nous croyons d'ailleurs savoir que cette liste sera prochainement modifiée.

1.128. — Propharmacie. Autorisation préfectorale

Installé à C... depuis sept ans comme médecin propharmacien et ayant succédé à un confrère exerçant la propharmacie, depuis 1906, j'ai conformément aux termes de l'art. 29 de la loi du 11 septembre 1941, demandé au Préfet l'autorisation de continuer l'exercice de la propharmacie.

Je viens de recevoir de ce fonctionnaire, une lettre recommandée m'avisant que la Chambre départementale des propharmaciens avait émis un avis défavorable à ma demande sous prétexte que la commune de mon domicile n'est pas suffisamment éloignée de celles où existe une officine de pharmacie.

Or, la distance existant entre le pharmacien le plus proche et les communes que je dessers, varie de 7 à 14 kilomètres, c'est vous dire les difficultés qu'auraient les habitants de ces communes à se faire délivrer rapidement les médicaments dont ils ont besoin.

Que pensez-vous de la lettre de la Préfecture ? Est-ce une interdiction définitive d'exercer la propharmacie ? Quel recours existe-t-il ? Dr M.

Réponse

Aux termes de la loi du 11 septembre 1941, le Préfet est libre d'accorder ou de refuser aux médecins, l'autorisation de continuer l'exercice de la propharmacie.

La loi ne prévoit aucun recours ; seul donc peut être exercé un recours pour excès de pouvoir, possible contre tout acte administratif dans les quatre cas prévus qui sont : incompétence, vice de forme, détournement de pouvoirs et fausse application de la loi.

Mais selon nous, la lettre de la Préfecture ne constitue nullement la notification d'une décision de rejet, vous pouvez donc continuer à exercer la propharmacie. Il serait toutefois, pensons-nous, nécessaire que vous vous mettiez dès maintenant en rapport avec les maires des différentes communes que vous desservez afin de leur demander de faire prendre, par les conseillers municipaux, une délibération dont les termes seraient semblables à ceux suggérés par le journal « Le Propharmacien », *dans son numéro de janvier* 1942 :

« *Considérant que la commune de ..... a toujours été desservie par un médecin-propharmacien ;*

« *Considérant que les habitants de la commune de..... n'ont jamais eu qu'à se louer des dispositions de l'art.* 27 *de la loi du* 21 *Germinal, an XI qui leur a permis jusqu'ici d'avoir médecin et médicaments en même temps.*

« *Considérant que cette commodité devient une nécessité indispensable avec les difficultés actuelles de déplacement et de transport ;*

« *Considérant les modifications apportées aux dispositions précitées de la loi de Germinal par l'art.* 29 *de la loi du* 11 *septembre* 1941 ;

« *Considérant l'intérêt de nos administrés et l'intérêt de la Santé publique qui exige plus que jamais d'avoir le plus proche possible médecin et remèdes.*

Demandons à Monsieur le Préfet,

« Le maintien du bénéfice de la Propharmacie pour la commune de .....

« Le prions d'autoriser Monsieur le Docteur....... demeurant à .... à continuer la fourniture des médicaments aux malades qu'il soigne sur tout le territoire de notre commune ».

Vous pourriez ensuite adresser une copie de ces délibérations tant au Préfet qu'au Directeur régional de la Santé, qui doit être obligatoirement consulté aux termes de la loi, ou mieux serait de faire une visite à ces fonctionnaires.

Vous pourriez également mettre au courant de votre cas, le Conseil départemental de l'Ordre, dont le rôle serait d'appuyer votre demande.

Sur le mélange alcool-essence

Est-il possible, sans inconvénients pour les cylindres, d'ajouter une quantité d'alcool égale à celle du carburant qui nous est alloué actuellement — et avec quelle parcimonie progressive — sans utiliser de dispositif spécial de réchauffage ? Je connais quelqu'un qui procède ainsi mais qui, il est vrai, roule très peu.

A titre de renseignements, ma voiture est une 11 légère Citroën datant de juin 1939, ayant seulement 33.000 kilomètres et en état absolument parfait.

Est-il possible d'employer le même procédé pour un vélomoteur Alcyon que j'ai acheté d'occasion il y a deux mois (date de sortie : 1941 ?)

Dr H.

Réponse

Ce n'est que par expériences que vous pourrez déterminer la quantité d'alcool à mélanger à votre essence. Deux questions se posent à ce sujet :

1° Possibilité du mélange ;
2° Utilisation du mélange.

Possibilité du mélange. — *L'expérience est à faire dans une éprouvette avec l'alcool que l'on se propose d'utiliser ; s'il s'agit d'alcool déshydraté, le mélange se fait en toutes proportions. Avec de l'alcool à 95°, c'est déjà plus difficile et on peut considérer qu'avec l'alcool à 90° le mélange ne se fait pas.*

Essayez donc, et tenez-vous en à la proportion d'alcool immédiatement inférieure à celle qui provoque le trouble du liquide.

Utilisation du mélange. — *Si vous ajoutez de l'alcool à l'essence, il est indispensable pour obtenir une marche correcte de réchauffer le dispositif de carburation (carburateur et tuyauterie). Veuillez vous reporter à ce propos à l'article paru dans le* « Concours Médical » *sur l'utilisation de l'alcool.*

Sur votre vélomoteur, vous pouvez certainement employer de l'alcool à la condition d'obtenir une mise en route à froid. Le moteur une fois parti, continuerait à tourner à l'alcool, surtout si vous avez soin de recouvrir une partie des ailettes du cylindre avec un écran protecteur en tête. Pour la mise en route, vous serez probablement obligé de chauffer l'ensemble du cylindre avec un tampon imbibé d'alcool ou même une lampe à souder.

Henri Petit.

Directeur-Gérant : G. Lavalée — N° d'autorisation : **77** Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Pathologie médicale,* — M. Marchal, agrégé, est provisoirement chargé de l'enseignement de la pathologie médicale.

— *L'examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la marine marchande* aura lieu à Paris, au laboratoire d'hygiène de la Faculté, le 22 juin et jours suivants. Inscriptions, dix jours d'avance, au secrétariat d'Etat à la Marine, 3, Place de Fontenoy, Paris (VIIe).

— **Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.** Un cours de *gynécologie médicale et d'endocrinologie gynécologique,* sous la direction du Professeur Cadenat, sera fait par M. Claude Béclère, du 1er au 20 juin 1942, à la clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine. Droits 150 francs pour chaque partie (gynécologie ; endocrinologie gynécologique). Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— **Clinique obstétricale Tarnier.** *Conférences d'obstétricie sociale.* — Des conférences d'obstétricie sociale sont faites le mardi à 18 h. 30 à la clinique Tarnier (dernière conférence le 30 juin 1942).

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	**120 francs**
Étudiants..................	**80 francs**
Le Numéro........	**5 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Ecole de malariologie.** — Un enseignement spécial de la malariologie sera donné à la Faculté de médecine de Paris du 1er au 30 juin 1942 en vue de l'obtention de diplôme de médecin malariologiste de l'Université de Paris.

— **Concours de l'adjuvat.** — A titre exceptionnel et en raison des circonstances, les docteurs en médecine sont autorisés à se présenter au concours de l'adjuvat.

— **« Médecine et Famille ».** — Le siège de « Médecine et Famille » est, depuis le 15 mai, transféré 28, place Saint-Georges, Paris-IXe.

— **Hôpitaux de Rouen.** — Un concours pour la nomination d'un *médecin-adjoint* aura lieu le 9 juillet 1942. Inscriptions avant le 13 juin, à la direction, Enclave de l'hospice général.

Un concours pour *trois places d'interne en médecine* aura lieu le 2 juillet 1942. Inscriptions avant le 16 juin aux hospices civils, 1, rue de Germont, Rouen.

— **Hôpital du Raincy** (*Seine-et-Oise*). *Concours de médecin.* — Un concours pour la nomination à deux places de médecin de l'hôpital du Raincy sera ouvert le 17 juin. Inscriptions jusqu'au 2 juin, à l'administration générale de l'A. P., 3, avenue Victoria, à Paris.

— **Colonie familiale de Dun-sur-Auron** (Cher). — Zone non occupée. — Un poste de médecin-assistant est vacant. Conditions : 12 inscriptions au moins, ou doctorat en médecine.

— **La situation des approvisionnements pharmaceutiques.** — A une réunion de la Société des Sciences médicales de Gannat, M. Thépénier a fait une



communication sur la situation des approvisionnements pharmaceutiques.

Beaucoup de produits rares (opium, quinine, bismuth, acide borique, coton hydrophile, vaseline, glycérine...) continuent à être servis aux officines avec un contingentement des plus réduits, les stocks allant en s'épuisant, l'importation et la fabrication étant nulles ou très faibles.

Par contre, une amélioration s'est produite pour les médicaments opothérapiques. On arrive progressivement à satisfaire les demandes en post-hypophyse et corps thyroïde. L'amélioration est également sensible pour l'insuline par suite de la récupération des pancréas de bovidés et de porcins (lois du 8 octobre 1940 et du 19 mars 1941). Toutefois, il reste recommandé aux malades de ne pas faire des approvisionnements exagérés d'insuline et aux médecins de prescrire de préférence, aux diabétiques qui la supportent et dans les cas appropriés, la forme insuline-zinc-protamine, cette forme freinant la consommation de 25 %.

— **Le service médical dans le rapatriement et l'immigration.** — Le Docteur Hauboldt, directeur du Service étranger de la Chambre des médecins du Reich, avait été chargé en 1940 du rapatriement d'un demi million d'Allemands, qui habitaient l'Etranger depuis de longues années. Il vient de faire à Paris une intéressante conférence avec film, dans laquelle il a montré comment il était parvenu à surmonter les énormes difficultés de prophylaxie sanitaire et d'hygiène, que créaient les situations les plus difficiles.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Geoffroi Hallé, fils du Docteur Guillaume Hallé (Paris, 170 *bis*, rue de Grenelle, 1er mai 1942) ; de Dominique Beauchard, quatrième enfant du Docteur L. Beauchard (Saint-Aignan-sur-Cher, Loir-et-Cher, 1er mai 1942) ; d'Alain Moncany, troisième enfant des Docteurs Jeannine et Jacques Moncany (5, rue Jean-Jaurès, Corbeil) ; de Martine Lefebvre, fille du Docteur René Lefebvre (Boiry-Sainte-Rictrude, Pas-de-Calais, 6 mai 1942) ; d'Evelyne Gauthier, deuxième enfant du Docteur A. Gauthier (Clamart, Seine, 5 mai 1942) ; de Jacques Buquet, fils du Docteur Jean Buquet (Gournay-en-Bray, Seine-Inférieure, 27 avril 1942) ; d'Annick Fieux, deuxième fille du Docteur J. Fieux (62, avenue des Minimes, Vincennes, Seine, 28 mars 1942) ; de Patrick Lohéac, septième enfant du Docteur Paul Lohéac (Gourin, Morbihan, 27 avril 1942) ; de Florence-Suzanne Marie, fille du Docteur Robert Marie (Lisieux, Calvados, 8 mai 1942).

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage de Monsieur Paul Castaigne, interne des hôpitaux de Paris, fils du Professeur J. Castaigne, directeur de l'Ecole-de-Médecine de Clermont-Ferrand, avec Mademoiselle Simone Gaehlinger, externe des hôpitaux de Clermont-Ferrand, fille du Docteur Henri Gaehlinger. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 16 avril 1942 en la Chapelle des Bains à Châtel-Guyon.

— On annonce le mariage de Monsieur Philippe Monod-Broca, externe des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Raoul Ch. Monod, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, membre de l'Académie de chirurgie, avec Mademoiselle Claude Debré, externe des hôpitaux de Paris, fille du Professeur Robert Debré, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, membre de l'Académie de médecine.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée dans l'intimité, le 1er avril 1942, par le Pasteur Daniel Monod.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort des Docteurs Gabriel Ganascia, de Tlemcem (Algérie) et Rouffiac, de Tébessa (Algérie) qui ont succombé, victimes du devoir, à une atteinte de typhus ; du Docteur A. Camus, de Saint-Georges de Didonne (Charente-Inférieure), décédé à l'âge de 82 ans, après avoir exercé la médecine pendant 55 ans ; de M. Roger Bréhant (de la part du Docteur Jacques Bréhant, d'Oran) ; du Docteur Paul Bourdel, ancien interne des hôpitaux (1882), décédé à Villemoisson-sur-Orge (Seine-et-Oise).

A la Faculté de médecine de Paris
Leçon inaugurale du Professeur Leveuf

Le 27 avril 1942, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, le Professeur Jacques Leveuf a fait sa leçon inaugurale.

A 18 heures, suivant un cérémonial traditionnel et qui ne manque pas de grandeur, précédé du Massier porteur de la Masse d'argent à l'écusson de la Faculté, ayant à sa gauche le Doyen et entouré des Professeurs revêtus de la robe universitaire, le nouveau Professeur pénètre dans l'hémicycle. Le Professeur Baudouin, doyen de la Faculté, introduit le jeune Maître dont il signale les principaux travaux. Il lui rappelle qu'il le rencontra pour la première fois, un jour déjà lointain, pendant son internat, dans une salle de garde d'hôpital. Nous aurions été, lui dit-il, bien étonnés, vous et moi, si ce jour-là, quelqu'un nous avait prédit la cérémonie d'aujourd'hui !

Devant un amphithéâtre comble et un auditoire attentif, le Professeur Leveuf commence sa leçon inaugurale. Il remercie ses collègues et prononce l'éloge de ses Maîtres : Potocki, Paul Thiéry, Ombrédanne, Pierre Delbet, Félix Legueu. L'éloquence de M. Leveuf, faite de clarté et de précision, est prenante par le charme du verbe et le haut enseignement qu'elle comporte. Quatrième titulaire — après Kirmisson, Auguste Broca et Ombrédanne — de la chaire de clinique chirurgicale infantile, il définit le programme de son enseignement qui s'incorpore au grand chapitre de médecine qu'est la pédiatrie. Il s'appesantit sur une branche importante de son service : l'orthopédie. L'orthopédie doit bénéficier de tous les progrès de la science. Son foyer d'action principal est le système osseux ; l'os, tissu le plus solide de l'organisme, dont la solidité se maintient, normalement, malgré l'évolution permanente de ses éléments. A côté des déformations osseuses, l'orthopédiste chirurgien d'enfants a à soigner des déformations congénitales articulaires, des pieds-bots divers, des séquelles de la paralysie infantile. Le traitement de ces affections est long, coûteux et beaucoup de parents ne peuvent pour ce motif l'appliquer assez longtemps, ni donner simultanément à leurs enfants infirmes une instruction convenable. A l'étranger, existent des établissements d'Etat où ces enfants peuvent être soignés et instruits. En France, en dehors de quelques initiatives privées, rien n'a été fait dans ce sens. Or, l'enfance infirme a droit au bonheur qu'il est possible de lui donner. Chez ces sujets, l'intelligence n'est pas touchée en général et certains, par leurs hautes qualités intellectuelles, ont pu briller dans des branches diverses. Pour l'enfance infirme, M. Leveuf souhaiterait que l'Etat créât des Centres de traitement, d'instruction et d'éducation professionnelle, organisés sur des données modernes et profitant de tous les progrès de la science.

Ces conclusions sont vivement applaudies par l'auditoire qui, sous le charme des paroles du nouveau Professeur, quitte à regret le grand amphithéâtre.

P. L.

Voir la suite page X-497

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale. Une opération qui ne doit pas disparaître

(M. G. ROUHIER ; 19-11-1941. — M. J.-L. FAURE ; 14-1-1942)

Il y a une quarantaine d'années encore, nombreuses étaient dans les hôpitaux les femmes opérées d'hystérectomie par voie vaginale. Puis, le triomphe légitime de la laparotomie fut si rapide que, peu après 1900, l'hystérectomie vaginale ne fut plus faite que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

L'hystérectomie vaginale avec pinces à demeure, dit M. Rouhier, est cependant une opération qui ne doit pas disparaître. Elle a pour avantages sa rapidité et sa bénignité. Bien conduite et dans les cas bien choisis, elle dure seulement quelques minutes. Ses suites sont presque constamment idéalement simples.

Ses indications sont certes aujourd'hui restreintes. Elles sont précises et comportent des conditions indispensables : que l'utérus soit petit et mobile et que les voies vulvo-vaginales soient larges et aisément dilatables. Il faut lui conserver l'élément qui fait en grande partie sa rapidité et sa sûreté, à savoir les pinces à demeure. M. Rouhier énumère ainsi ses indications actuelles : les grandes hémorrhagies des polypes fibreux, avec anémie au-dessous de 2 millions de globules rouges (indication formelle) ; les petits fibromes saignants, surtout chez les obèses et les malades fragiles, certains cancers du corps utérin, les métrites fongueuses des vieilles femmes (indications moins formelles).

— M. HARTMANN, qui a combattu pour faire triompher la voie abdominale à l'époque où Péan, Richelot, Segond, Bouilly préconisaient pour tous les cas l'hystérectomie vaginale, n'a jamais complètement abandonné cette dernière. C'est une opération à conserver, qui peut trouver quelquefois son indication chez les femmes à vagin large et à paroi abdominale surchargée de graisse.

— M. J.-L. FAURE évoque, lui aussi, la controverse historique d'il y a un demi-siècle sur l'hystérectomie vaginale et l'hystérectomie abdominale. Il fait revivre, à ce propos, les figures des grands chirurgiens gynécologues de cette époque : Terrier, Péan, Segond, Doyen, Pozzi. Il conclut, comme M. Rouhier, que l'hystérectomie vaginale est une opération qui ne doit pas disparaître.

Corps étranger du duodénum. Ablation. Guérison

(M. Henri LOUSSOT. — Rapport de M. Marcel FÈVRE ; 26-11-1941)

M. Loussot a opéré avec succès une petite fille de six mois atteinte de corps étranger du duodénum.

Il s'agissait d'une broche déglutie par l'enfant et restée fixée dans le duodénum. Ablation le cinquième jour et guérison. Cette intéressante observation a d'ailleurs fait l'objet d'une note publiée l'an dernier dans le *Concours médical* par le Docteur Loussot.

M. Marcel Fèvre, dans son rapport, remarque que l'intervention a été faite le cinquième jour, en conformité avec les conclusions de la thèse de Paziaud, elle-même basée sur les observations d'Ombrédanne et de Marcel Fèvre. Paziaud admet que si, à l'examen radioscopique, l'épingle paraît fixée dans le duodénum, il ne faut pas attendre plus de quatre jours pour intervenir, même en l'absence de signes d'intolérance.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Sur le dépistage précoce du cancer de l'estomac par la méthode radio-clinique de R. A. Gutmann

(M. Guy Albot et Mme Parturier-Lannegrace ; 17-10-1941)

Les observations communiquées viennent confirmer cette méthode radio-clinique, imaginée par R. A. Gutmann, et qui est basée essentiellement sur le «test thérapeutique ». Elle permet, parmi les radios suspectes, de différencier les images cancéreuses de celles qui sont bénignes. Les aspects radiologiques suspects, lorsqu'ils sont le fait de lésions non cancéreuses inflammatoires, disparaissent par une thérapeutique appropriée et suffisante (protéinothérapie, histidinothérapie, associées à la vitaminothérapie A, C et D, au collargol, au bismuth) ; à l'inverse, les mêmes images ne sont pas modifiées, lorsqu'elles traduisent une lésion cancéreuse initiale. Il n'y a donc pas d'images caractéristiques du cancer au début ; il n'y a que des images suspectes.

M. Hillemand. — R.-A. Gutmann avait eu le rare mérite de nous montrer l'importance d'infimes modifications radiologiques, et d'insister sur la persistance de l'image suspecte dans le temps, malgré l'épreuve de la thérapeutique. S'appuyant sur ces principes, Guy Albot a porté précocement dans cinq cas le diagnostic de cancer gastrique.

L'auteur rapporte un cas personnel, qui vérifie le bien-fondé de cette méthode ; la gastroscopie a joint ses données à celles de la radiographie ; l'examen histologique de la pièce opératoire a démontré qu'il s'agissait bien d'un épithélioma cylindrique. On ne court aucun risque, en cas de doute, à reculer de six semaines à deux mois une intervention chirurgicale, et mieux vaut le retard, inoffensif pour le sujet, qu'une gastrectomie pratiquée à tort.

Diabète insipide syphilitique

(Raoul et Simonne Kourilsky, J. Regaud et P. Biardeau ; 24-10-1941)

Cette malade était atteinte d'un diabète insipide pur, réagissant parfaitement à l'extrait de lobe pos-

térieur d'hypophyse, sans syndrome adiposo-génital associé ; cependant, l'examen minutieux décelait des troubles infundibulaires plus complexes d'ordre métabolique (hyperglycémie et hyperlipidémie).

Trois éléments particuliers ont été notés : 1° la précession de la polydipsie sur la polyurie ; 2° le peu d'efficacité du traitement mercuriel et l'action aggravante du traitement bismuthique, alors que la patiente était atteinte d'un diabète fruste avec une méningite syphilitique authentique encore évolutive, démontrée par la ponction lombaire ; 3° l'existence de crises viscérales tabétiques à forme vésiculaire.

G. F.

Toulouse

Société de médecine, chirurgie et pharmacie

Lésions oculaires produites par la traversée d'un corps étranger

MM. Calmettes, Berges et Deodati. — Le corps étranger ayant pénétré dans le globe par la sclérotique à 1 millimètre du limbe, avait suivi un trajet horizontal, perforé la paroi postérieure et était allé se loger dans le fond de l'orbite. Les milieux, parfaitement clairs, permettaient d'apercevoir l'orifice de sortie sous forme de boutonnière choriorétinienne allongée dans le sens vertical et surmontant une hémorragie rétinienne de 2 millimètres. L'acuité visuelle était de 10/10es.

Trois jours après l'accident, le vitré se trouble, une violente réaction inflammatoire irienne se produit, un hypopion se forme. L'iridocyclochoroïdite persiste une quinzaine de jours et est difficilement arrêtée. Trois mois après, le vitré est encore trouble l'œil injecté, la vision réduite à 3/10es.

Les auteurs opposent l'aspect favorable des premiers jours à la poussée inflammatoire iridochoroïdienne qui a suivi : ils montrent la nécessité en pareil cas de réserver le pronostic.

Lille

Société médicale et anatomo-clinique

Sur un cas d'angine de Ludwig

M. J. Legrand. — Il s'agit d'une femme de 39 ans qui, à la suite d'une angine de Ludwig, incisée, drainée et traitée par les sulfamides, fit de nombreux foyers métastatiques à la joue, au creux sus-claviculaire, au sein, à la région pectorale, à la face externe des cuisses, à la jambe droite et succomba à ces complications infectieuses à distance, alors que le phlegmon du plancher de la bouche était complètement guéri. L'auteur insiste sur le polymorphisme microbien des lésions observées, sur leur tendance gangréneuse avec énormes décollements, sur la négativité de plusieurs hémocultures. Peut-être une thérapeutique sulfamidée plus massive aurait-elle évité ces métastases microbiennes.

PARTIE SCIENTIFIQUE

FRÉQUENCE COMPARÉE DE L'INFECTION TUBERCULEUSE CHEZ LE GARÇON ET LA FILLE PENDANT L'ENFANCE

Par le Professeur NOBÉCOURT
Membre de l'Académie de médecine

L'observation clinique montre que, pendant l'enfance et la jeunesse, *la tuberculose est influencée par la sexualité.* Les statistiques confirment cette impression et apportent les précisions nécessaires.

Les statistiques que j'ai dressées avec S.-B. Briskas (1) sont démonstratives. Elles portent sur 13.114 enfants, 7.434 garçons et 5.680 filles, âgés de quelques jours à 15 ans, hospitalisés à la *Clinique médicale des enfants* de Paris, du 1er janvier 1921 au 31 décembre 1934. Elles sont basées sur la pratique systématique des cutiréactions à la tuberculine.

Ces statistiques m'ont servi pour une communication à l'*Académie de médecine* (2), le 2 juillet 1940, sur : *Sexualité et tuberculose.* Je vais les utiliser dans ce travail.

I. — NOMBRE DES CUTIRÉACTIONS POSITIVES A LA TUBERCULINE, SUIVANT LES AGES, CHEZ 100 GARÇONS ET CHEZ 100 FILLES DE CHAQUE AGE.

Dans le tableau suivant, je donne, pour chaque **année d'âge**, le *nombre des cutiréactions positives à la tuberculine* chez 100 garçons et chez 100 filles de chaque âge. J'y joins l'*excès des réactions positives* soit pour les garçons sur les filles, soit pour les filles sur les garçons.

Année —	Nombre des cutiréactions positives		Excès des cutiréactions positives	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Première ...	4,0	4,5	—	0,5
Deuxième ..	9,7	14,7	—	5,0
Troisième...	20,1	26,5	—	6,4
Quatrième ..	31,1	29,1	2,0	—
Cinquième ..	33,8	35,8	—	2,0
Sixième.....	32,3	38,3	—	6,0
Septième....	36,8	42,2	—	5,4
Huitième ...	39,0	50,2	—	11,2
Neuvième...	48,0	53,8	—	5,8
Dixième	49,5	50,2	—	0,7
Onzième....	56,9	64,4	—	7,5
Douzième...	59,3	65,8	—	6,5
Treizième...	63,0	59,1	3,9	—
Quatorzième.	62,8	70,1	—	7,3
Quinzième ..	72,5	73,4	—	0,9

(1) NOBÉCOURT (P.) et BRISKAS (S.-B.). — Cutiréactions à la tuberculose chez les enfants de 10 à 15 ans, — de 6 à 10 ans, — de 2 à 6 ans, — de la naissance à 2 ans. *La Presse médicale,* 15 avril, 6 juin, 22 juillet, 19 septembre 1936.

(2) NOBÉCOURT (Pierre). — Sexualité et tuberculose dans l'enfance. *Bulletin de l'Académie de médecine,* 104e année, 3e série, tome 123, p. 493 ; 2 juillet 1940.

Le tableau précédent peut être condensé dans le suivant qui établit, par **périodes de l'enfance**, le nombre des cutiréactions positives pour 100 garçons et pour 100 filles de même âge :

Périodes —	Nombre des cutiréactions positives		Excès des cutiréactions positives	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
2 ans à 5 ans 11 mois...	29,3	32,4	—	3,1
6 ans à 9 ans 11 mois...	43,3	49,1	—	5,8
10 ans à 14 ans 11 mois	62,9	66,5	—	3,6

Les tableaux établissent les faits suivants :

A. — Dans les deux sexes, le pourcentage des cutiréactions positives à la tuberculine, très faibles pendant la première année, augmente avec l'âge.

B. — L'augmentation des pourcentages n'est pas parallèle chez les garçons et chez les filles. Aux mêmes âges, les pourcentages sont, en général, différents et plus forts chez celles-là que chez ceux-ci.

Pendant la *première année,* il n'y a pas de différence : pendant la *deuxième,* les filles présentent un excès de 5.

De 2 à 6 ans, l'excès des cutiréactions chez les filles est, en moyenne, de 3. Il atteint 6 dans les troisième et sixième années. Il est nul dans les quatrième et cinquième années, car l'excès de 2 chez les garçons dans l'une, est compensé par l'excès de 2 chez les filles dans l'autre.

De 6 à 10 ans, l'excès des cutiréactions chez les filles augmente et atteint 5,8. Il atteint un maximum important (11,7) et qui n'est dépassé à aucun âge dans la huitième année. Il est très faible et, pour ainsi dire, nul (0,7) dans la dixième.

De 10 à 15 ans, l'excès des cutiréactions chez les filles diminue (3,6), mais est encore important. Il est environ le double de cette moyenne (6,5 à 7,5) dans les onzième, douzième et quatorzième années. Il devient très faible dans la quinzième. Il fait place à un excès chez les garçons (3,9) dans la treizième.

Somme toute, les cutiréactions positives à la tuberculine sont plus nombreuses chez les filles que chez les garçons.

II. — NOMBRE DES TUBERCULOSES ACTIVES, SUIVANT LES AGES, POUR 100 GARÇONS ET POUR 100 FILLES DE CHAQUE AGE INFECTÉS PAR LE BACILLE DE KOCH

Parmi les enfants présentant des cutiréactions positives à la tuberculine, c'est-à-dire infectés par le bacille de Koch, les uns ont des lésions tuberculeuses *inactives,* latentes, les autres des lésions *actives,* en évolution, avérées ou occultes. A ceux qui ont des lésions actives avérées avec des cutiréactions positives, il faut en joindre quelques-uns qui sont anergiques et ont des cutiréactions négatives.

Voici, calculés pour 100 garçons et pour 100 filles de chaque âge infectés par le bacille de Koch, le nombre des tuberculoses actives **dans chaque année d'âge.**

Année —	Nombre des tuberculoses actives Garçons	 Filles	Excès des tuberculoses actives Garçons	 Filles
Première....	99,2	99,1	0,1	—
Deuxième....	66,2	74,0	—	7,8
Troisième...	45,1	45,5	—	0,4
Quatrième ..	29,0	27,6	1,4	—
Cinquième ..	31,7	33,7	—	2,0
Sixième.....	32,8	32	0,8	—
Septième....	22,4	27,3	—	4,9
Huitième ...	20,3	26,6	—	6,3
Neuvième ..	26,7	20,3	6,4	—
Dixième	17,4	15,4	2,0	—
Onzième....	16,2	24,0	—	7,8
Douzième...	24,1	18,4	5,7	—
Treizième...	25,2	20,6	4,6	—
Quatorzième.	25,0	27,0	—	2,0
Quinzième ..	22,6	34,9	—	12,3

Ce tableau permet d'obtenir le nombre de tuberculoses actives pour 100 garçons ou 100 filles de même âge infectés par le bacille de Koch dans les **périodes de l'enfance** envisagées à propos des cutiréactions :

Périodes —	Nombre des tuberculoses actives Garçons	 Filles	Excès des tuberculoses actives Garçons	 Filles
2 ans à 5 ans 11 mois...	34,6	34,6	0	0
6 ans à 9 ans 11 mois...	21,7	22,4	—	0,7
10 ans à 14 ans 11 mois	22,6	25,0	—	2,4

Les pourcentages des tuberculoses actives par tuberculoses sont élevés dans un sexe comme dans l'autre.

Pendant la *première année*, presque toutes les tuberculoses sont actives dans un sexe comme dans l'autre.

Pendant la *deuxième année*, il y a plus (7,8) de tuberculoses actives chez les filles que chez les garçons.

De 2 à 6 ans, il n'y a pas de différence entre les sexes.

De 6 à 10 ans, il n'y a pas dans l'ensemble de différence appréciable ; le léger excès (0,7) des tuberculoses actives chez les filles ne peut être retenu. On remarque le même excès chez les filles (6,3) dans la huitième année et chez les garçons (6,4) dans la neuvième .

De 10 à 15 ans, le pourcentage des tuberculoses actives est supérieur de 2,4 chez les filles. Il convient de faire une discrimination. De 10 à 14 ans, il est sensiblement le même chez les garçons (excès de 5,7 et 4,6 dans les douzième et treizième années soit, au total, 10,3) et chez les filles (excès de 7,8 et 2 dans les onzième et quatorzième années, soit, au total, 9,8). Dans la quinzième année, il augmente brusquement chez la fille et l'excès du pourcentage atteint 12,3.

Somme toute, les tuberculoses actives présentent des poussées à certains âges et ces âges sont différents suivant le sexe.

Chez les *filles*, les poussées se produisent dans les deuxième, septième, huitième, onzième et surtout quinzième années.

Chez les *garçons*, les poussées se produisent dans les neuvième, douzième et quatorzième années.

III. — Nombre des tuberculoses actives, suivant les ages, pour 100 garçons et pour 100 filles du même age, infectés ou non par le bacille de Koch.

Nous considérons l'ensemble des enfants hospitalisés pour des affections aiguës ou chroniques dans un service non spécialisé pour le traitement des tuberculeux. Ces enfants sont ou non infectés par le bacille de Koch.

Sur 100 garçons et sur 100 filles de chaque âge, le nombre des tuberculoses actives est le suivant , pour chaque **année d'âge** :

Année —	Nombre des tuberculoses actives Garçons	 Filles	Excès des tuberculoses actives Garçons	 Filles
Première ...	4,3	4,9	—	0,6
Deuxième ..	6,6	12,2	—	5,6
Troisième...	9,9	11,6	—	1,7
Quatrième ..	9,2	7,9	1,3	—
Cinquième ..	10,1	12,8	—	2,7
Sixième.....	11,0	11,6	—	0,6
Septième....	8,5	11,8	—	3,3
Huitième ...	8,2	13,4	—	5,2
Neuvième...	12,9	10,8	2,1	—
Dixième	8,8	7,8	1,0	—
Onzième....	9,2	16,1	—	6,9
Douzième...	14,2	12,2	2,0	—
Treizième...	16,0	12,3	3,7	—
Quatorzième.	16,2	20,1	—	3,9
Quinzième ..	16,6	25,7	—	9,1

De ce tableau, on peut déduire le nombre des tuberculose actives pour 100 garçons et pour 100 filles, infectés ou non par le bacille de Koch, dans les **périodes de l'enfance** envisagées ci-dessus.

Périodes —	Nombre des tuberculoses actives Garçons	 Filles	Excès des tuberculoses actives Garçons	 Filles
2 ans à 5 ans 11 mois...	10,0	10,9	—	0,9
6 ans à 9 ans 11 mois...	9,6	10,9	—	1,3
10 ans à 14 ans 11 mois	14,4	17,2	—	2,8

L'étude des pourcentages des tuberculoses actives pour les enfants, infectés ou non par le bacille de Koch, montre des différences suivant les années d'âge et les sexes.

Pendant la *première année*, le pourcentage des tuberculoses actives est faible et il n'y a pas de différence notable suivant les sexes.

Pendant la *deuxième année*, le pourcentage des tuberculoses actives augmente surtout chez les filles. Pour elles, l'excès sur les garçons est de 5,6.

De 2 à 6 ans, le pourcentage des tuberculoses actives n'augmente pas chez les filles, augmente chez les garçons. Dans la sixième année, ils sont à peu près les mêmes dans les deux sexes. Pour l'ensemble de la période, ils présentent un léger excès (0,9) chez les filles.

De 6 à 10 ans, les pourcentages restent sensiblement les mêmes, l'excès chez les filles (1,3) augmente un peu. Il a son maximum (5,2) dans la huitième année. Dans les neuvième et dixième années, l'excès est en faveur des garçons ; mais il est faible (2,1 et 1).

De 10 à 15 ans, les pourcentages augmentent. Chez

les filles, il y a des poussées dans les onzième (16,1), quatorzième (20,1) et quinzième (25,7) années. Chez les garçons, il se produit des poussées dans les douzième (14,2) et treizième (16) années : dans les quatorzième et quinzième années, les pourcentages restent les mêmes que dans la treizième. Les excès sont, pour les filles, dans les onzième (6,9), quatorzième (3,9) et surtout quinzième (9,1) années, pour les garçons dans les douzième (2) et treizième (3,7) années.

Pour toute la période, l'excès chez les filles est de 2,8 ; le maximum est dans la quinzième année.

Il convient de faire la discrimination faite au chapitre II : de 10 à 14 ans, les pourcentages sont plus forts chez les filles (excès de 6,9 et 3,9 dans les onzième et quatorzième années, soit au total 10,8), tandis que, chez les garçons ils sont plus faibles (2 et 3,7 dans les douzième et treizième années, soit au total, 5,7). Dans la quinzième année, le pourcentage augmente chez les filles, tandis qu'il ne se modifie pas chez les garçons ; l'excès s'élève à 9,1.

Somme toute, pour l'ensemble des enfants, qu'ils soient ou non infectés par le bacille de Koch, les pourcentages des tuberculoses actives sont plus forts chez les filles que chez les garçons. Des poussées se produisent à certains âges, qui diffèrent suivant le sexe.

Chez les *filles*, les poussées se produisent dans les deuxième, septième, huitième, onzième et surtout quinzième années.

Chez les *garçons*, elles se produisent dans les neuvième, douzième et treizième années.

Conclusions

Les statistiques qui viennent d'être étudiées établissent que, pendant l'enfance, les garçons et les filles se comportent d'une façon quelque peu différente vis-à-vis du bacille de Koch. Deux conclusions notamment s'en dégagent.

I. — **La pratique systématique des réactions cutanées à la tuberculine** chez tous les enfants soignés pour les affections les plus diverses dans un service de l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris, établit que d'une façon générale, les *réactions positives sont plus communes chez les filles que chez les garçons* : pour l'ensemble des enfants âgés de quelques jours à 15 ans, 41,3 garçons sur 100, 45,2 filles sur 100 ont des réactions positives, l'excès pour les filles est de 3,9 pour 100. Les pourcentages augmentent avec l'âge dans les deux sexes ; leur accroissement n'est pas parallèle chez les garçons et les filles ; les excès des pourcentages chez les filles diffèrent d'une année d'âge à l'autre ; dans deux années seulement, la quatrième et la treizième, ce sont les garçons qui présentent un excès de réactions positives.

Les *réactions positives témoignent de la présence d'une lésion tuberculeuse, d'une infection par les bacilles de Koch.* Dans presque tous les cas, cette infection est le résultat d'une *contagion interhumaine.* Les filles sont donc plus souvent infectées que les garçons. Ce fait est difficile à expliquer. Deux hypothèses peuvent être avancées. Ou bien les filles sont plus exposées que les garçons à la contagion. Ou bien, les garçons et les filles étant également exposés à la contagion, l'organisme de ceux-là sont plus aptes que l'organisme de celles-ci, à détruire les bacilles ou à les éliminer avant qu'ils aient réalisé les lésions de primo-infection entraînant l'apparition de l'allergie. Dans l'état actuel de nos connaissances, le problème est insoluble.

II. — **La discrimination entre tuberculoses actives et tuberculoses inactives** établit que les premières sont, d'une façon générale, plus fréquentes chez les filles que chez les garçons : pour l'ensemble des enfants âgés de quelques jours à 15 ans infectés par le bacille de Koch, 35 filles sur 100, 33,5 garçons sur 100 ont des tuberculoses actives. Pour l'ensemble des enfants de mêmes âges, infectés ou non par le bacille de Koch, 11,4 filles sur 100, 10,6 garçons sur 100 ont des tuberculoses actives. Les excès pour les filles sont respectivement de 1,5 et 0,8 pour 100 ; ils sont donc très faibles. Mais il convient d'envisager chaque âge ; on constate alors que l'excès des tuberculoses actives chez les filles diffère d'une année d'âge à l'autre et a son maximum dans la quinzième année ; dans les cinquième, neuvième, dizième, onzième et douzième années, il fait place à un excès pour les garçons.

La *plus grande fréquence des tuberculoses actives à certains âges* semble témoigner d'une résistance de l'organisme à l'infection bacillaire moindre qu'à d'autres âges. Ce fléchissement se produit notamment chez les filles dans les deuxième, septième, huitième, onzième, quinzième années ; chez les garçons dans les quatrième, neuvième, douzième et treizième années. Il se produit donc à des âges différents suivant le sexe et, d'une façon générale, les filles ont une défense moins active et moins efficace contre le bacille de Koch. Ce fait serait en faveur de la deuxième hypothèse avancée pour expliquer la plus grande fréquence chez elles des réactions positives à la tuberculine.

Le *déterminisme* de ces faits demande à être discuté. Il dépend de *facteurs exogènes*, le genre d'existence, et de *facteurs endogènes*, la croissance, la constitution, le tempérament, l'évolution de la sexualité. Leur étude ne peut être entreprise ici.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

A propos de l'utilisation thérapeutique des hormones

On sait que les hormones, ces « messagers chimiques des glandes endocrines » agissent, comme les diastases, à des doses infinitésimales, puisqu'un millième de milligramme de folliculine suffit chez le jeune rat à provoquer l'œstrus. — D'autre part, elles sont d'une très grande fragilité, puisque, à l'exception de la thyroxine, qui reste efficace par voie buccale, toutes les autres sont rapidement détruites par les sucs gastriques et intestinaux, et ne peuvent être utilement employées en thérapeutique que par voie parentérale. — Grâce aux progrès de la chimie, cinq hormones d'extraction, dont les prix étaient fabuleux, ont déjà pu être remplacées par des hormones de synthèse, qui reviennent bien moins cher : la thyroxine, l'adrénaline, la cortine, la testostérone, la lutéine. — Dès qu'une glande endocrine est spécialisée dans une fonction définie, son hormone est valable, et sa composition chimique reste la même pour toutes les espèces animales connues. Mais aussi, il existe dans l'organisme des centres de suppléance, dont l'hyperfonction compensatrice peut pallier à l'exérèse du centre principal. Ainsi, on retrouve de la folliculine dans certaines cellules du lobe antérieur de l'hypophyse, dans le testicule de l'homme et surtout dans le placenta, glande temporaire énorme, qui sécrète à elle seule pendant la grossesse mille fois plus de folliculine que les deux ovaires réunis.

Ces questions principales exposées, L. de Gennes (1), étudie le *mode d'action des hormones.* Une fois

---

(1) Les principales notions à retenir sur les hormones. (*La Clinique*, mars-avril 1942).

lancées dans la circulation générale, les hormones peuvent agir soit directement sur les cellules d'un organe (sécrétine duodénale sur le pancréas), soit sur les autres glandes endocrines (folliculine et lutéine de l'ovaire émises sous l'influence des hormones gonadotropes A et B du lobe antérieur de l'hypophyse), soit sur le système nerveux vago-sympathique (parfois même par contact direct, étant donnée l'étroite intrication embryologique des systèmes nerveux et endocrine dans les glandes elles-mêmes).

D'une manière générale, l'hormonothérapie sera une thérapeutique de remplacement de la sécrétion défaillante. Mais nous savons aujourd'hui que les glandes hormonales ne fonctionnent qu'avec certains apports alimentaires : que sans iode, par exemple, il n'est pas de thyroxine ; que des vitamines même sont appelées à jouer un rôle important dans quelques sécrétions endocrines ; rien d'étonnant d'ailleurs, puisqu'il existe entre hormones et vitamines des analogies de constitution chimique et de fonction. Aussi sera-t-il possible, dans l'avenir, de substituer à cette thérapeutique de remplacement, qui n'est pas sans danger, une reconstitution des glandes par leurs substances d'apport (vitamines, etc.) et de traiter ainsi certaines déficiences endocriniennes par les moyens mêmes de la vie.

Tout ne se borne cependant pas à cette action directe ou indirecte des hormones. Il existe une *loi d'inhibition hormonale*, d'après laquelle chaque hormone répandue en excès dans le sang freine, inhibe ou détruit la glande chargée de la fabriquer. Il y a là une éventualité lourde de conséquences fâcheuses pour le patient. En effet, tant que la thérapeutique endocrinologique n'a mis entre nos mains que d'inoffensifs extraits, on a pu, sans dommage, se contenter de leur succès apparent. Mais, à partir du moment où la chimie nous a livré des hormones véritables, d'une efficacité instantanée, on est arrivé à d'étonnantes guérisons, mais aussi à des désastres. L'exemple le plus frappant est celui de la folliculine, que le commerce nous livre en ampoules de 10.000, 50.000 et même 250.000 unités, et que le médecin est tenté d'injecter dès qu'il existe un trouble à type d'aménorrhée ou de dysménorrhée. Après un brillant succès initial, dans quelques cas, on voit, si le traitement se prolonge, apparaître certains signes indiquant qu'il va tout à l'encontre du but. Les règles se raréfient, se tarissent, les troubles apparaissent d'une ménopause anticipée (engraissement, bouffées de chaleur, troubles psychiques), souvent témoins d'un arrêt définitif de la fonction ovarienne. De même, un malade, présentant un syndrome adiposo-génital typique, obtint de si brillants succès par des injections de testostérone, qu'il crut devoir continuer dix injections de 10 milligrammes de propionate de testostérone par mois pendant deux ans. Après ce temps, il fut revu méconnaissable, bouffi d'œdèmes, en proie à un syndrome d'infantilisme régressif grave : l'excès de testostérone avait abouti à l'atrophie des glandes, qui fabriquent normalement cette hormone, et vraisemblablement aussi à l'inhibition des stimulines hypophysaires, qui dirigent à distance la sécrétion hypophysaire.

D'autre part, une hormone n'est vraiment *efficace que si elle est nécessaire*. Chez nos vieux prostatiques, qui sont vraisemblablement très démunis de sécrétion testiculaire, la testostérone, si elle ne guérit pas leur adénome, leur donne presque toujours une étonnante euphorie, et une reprise de vigueur, au moins intellectuelle. Par contre, lorsque de plus jeunes emploient cette hormone, à la rescousse d'une fonction, qu'ils estiment insuffisante, ils n'obtiennent que mécomptes ou fatigue, et souvent diminution du pouvoir, qu'ils voulaient stimuler.

En bref, une thérapeutique hormonale inutile ou mal dirigée n'est jamais inoffensive, et peut, lorsqu'elle n'est pas appliquée avec un extrême discernement, engendrer des désastres et des infirmités définitives.

G. FISCHER

INFARCTUS DU MYOCARDE TRAITÉ PAR INFILTRATION DU GANGLION ÉTOILÉ

Le samedi 20 décembre 1941 arrive à ma consultation, un homme de 50 ans, que je connais depuis longtemps. Il est pâle, les traits tirés, sa respiration est courte et précipitée et il se plaint d'une gêne précordiale. Le pouls est rapide, irrégulier. Après quelques minutes de repos, il peut me raconter l'histoire suivante : depuis un mois, il éprouve une dyspnée d'effort, une grande fatigue, une gêne précordiale à la marche.

L'auscultation du cœur ne révèle qu'une accentuation des bruits. La tension artérielle est de 21 × 13 au Pachon, le pouls à 90, régulier. Je le fais conduire en auto à son domicile et lui recommande le repos absolu au lit.

Voici les antécédents de ce malade : En 1927, tuberculose pulmonaire du sommet gauche, traitée à Cambo par les sels d'or. Guérison clinique, radioscopique et bactériologique. En 1936, il m'a consulté pour une céphalée frontale diurne et nocturne, à peine calmée par l'aspirine, et qui va durer deux mois. Le Bordet-Wassermann est négatif, l'urée sanguine normale ; l'examen du fond de l'œil ne révèle rien ; pas d'albuminurie. Des injections intra-veineuses de cyanure de Hg font disparaître totalement ces maux de tête. Cette même année, il éprouve au cours d'un travail pénible une gêne précordiale avec lipothymie. Alerté par cette crise, je fais pratiquer un orthodiagramme, qui révèle une augmentation de volume du ventricule gauche.

Ainsi ce malade, aux lourds antécédents, se couche le 20 décembre 1941, observe une diète sévère et cesse de fumer. Le lendemain, il se sent reposé, s'alimente avec plaisir et parle déjà de se lever. Dans la nuit du 22 au 23 décembre 1941, je suis appelé d'urgence à son chevet. Il est en proie à des douleurs atroces précordiales et non rétrosternales, avec irradiations dans le bras gauche. Son faciès pâle, anxieux, exprime une très grande souffrance. Je pratique immédiatement une injection intra-veineuse d'ouabaïne et de morphine. L'auscultation du cœur ne nous apprend rien ; le pouls est à 80 avec quelques intermittences. La tension artérielle est à 15 × 10 au Vaquez. Après une nuit très pénible, la crise

d'angor s'atténue dans la matinée du 23. Les journées du 23, 24, 25 sont bonnes. Je continue à pratiquer chaque jour des injections d'ouabaïne et de morphine.

Le 25 au soir, nouvelle alerte.

Cette fois, la crise est encore plus intense que la première. Le malade désire la mort tellement sa douleur est affreuse. Ouabaïne, morphine, etc., rien ne calme le patient. Le pouls est devenu régulier à 80, la tension artérielle est à 14 1/2 × 10 au Vaquez. Une intolérance digestive, même aux liquides, s'établit : l'eau est rejetée aussitôt absorbée et le malade se fatigue en efforts de vomissements. La fièvre monte à 38°. Il y a de grandes probabilités pour que cette crise d'angine de poitrine soit l'expression d'un infarctus du myocarde par oblitération coronarienne. En effet, le lendemain matin, 26 décembre, apparaît un signe capital : les frottements péricardiques en dedans et au-dessus du mamelon sur une surface de 3 centimètres de diamètre. Dès le 27, ils auront disparu. Le Docteur Barbier appelé en consultation confirme le diagnostic d'infarctus. Tous les signes classiques, notre malade les présente de façon manifeste :

Douleur précordiale intense ;
Chute de la tension artérielle ;
Vomissements ;
Fièvre ;
Frottements péricardiques.

L'aminophylline en injection intraveineuse, commencée dès le 26, est continuée chaque jour à la dose de 10 c. c., plus ouabaïne et scopolamine-morphine-spartéine.

Cette journée du 26 sera atroce. Le vendredi 27 je me décide à faire appel à mon ami le Docteur René Bagot dont je connais la compétence dans le traitement des algies. Le malade est toujours dans la même agitation anxieuse.

Le Docteur Bagot pratique très rapidement l'anesthésie du ganglion étoilé gauche par voie antérieure : 5 c. c. de syncaïne, puis quelques minutes après 5 c. c. du même produit.

Nous allons alors assister à une résurrection magnifique. Au bout de 5 minutes, la physionomie se transforme : notre pauvre angineux s'étonne du soulagement qu'il éprouve. Et le mieux s'accentue de minute en minute, tandis que s'installe un syndrome de Claude Bernard-Horner typique. A partir de ce moment, les douleurs ne réapparaîtront plus. Il ne sera plus nécessaire de faire ni morphine, ni scopolamine-morphine-spartéine. Amynophylline et ouabaïne chaque jour pendant dix jours. Tension artérielle : 12 × 8. Pouls régulier. Fièvre persistante à 37°8 pendant dix jours.

Quel est l'avenir de ce malade ? Un électrocardiogramme qui sera pratiqué par le Docteur Pruche de Brest, nous fixera bientôt.

Actuellement, 30 janvier 1942, le malade a repris une vie à peu peu normale. Il descend et monte un étage deux fois par jour sans éprouver de fatigue. Mais des extrasystoles persistantes, une tension artérielle à 11 × 8, nous font craindre que la maladie coronarienne ne suive inexorablement son cours.

Dr Henri LOUSSOT, Landivisiau (Finistère).

Corps étrangers des voies digestives traités par l'enrobement cellulosique. *Rectification.* — Dans l'article du Docteur F.-P. LECLERC, paru sous ce titre dans notre dernier numéro, aux 24e et 25e lignes de la 2e colonne, *au lieu de* : ... faire avaler du coton hydrophile (200 grammes environ), *lire* : ... faire avaler du coton hydrophile (20 grammes environ).

Les Livres

Les Livres qui viennent de paraître...

EDITIONS MONT-LOUIS,
Clermont-Ferrand

Henri PAILLARD et Madeleine H. PAILLARD-VARIN. — **Les maladies des reins.** PRÉCIS ILLUSTRÉ DE DIAGNOSTIC ET DE THÉRAPEUTIQUE. Un vol., 131 fig., 1941. Prix : 80 francs.

Formulaire Astier, 9e édit., 1942. *Vade-mecum de médecine pratique.* Librairie du Monde médical et Vigot frères, dépositaires.

La Librairie du Monde médical a réalisé le tour de force de publier la 9e édition du *Formulaire Astier* qui comprend plus de 1.300 pages. Comme l'indique dans la préface le Professeur BAUDOUIN, doyen de la Faculté, la troisième édition a été complètement refondue et des chapitres importants ont été développés ou ajoutés. Notons ceux qui traitent des intoxications, de la thérapeutique urinaire, de la gynécologie, de l'obstétrique. L'article sur les vitamines a étéconsidérablement augmenté. Les sulfamides et leurs dérivés ont donné lieu à une mise au point complète avec historique, indications thérapeutiques, modes d'emploi, contre-indications et accidents. Nous pourrions citer cent innovations de ce genre dans cette nouvelle édition.

Après les médications chimiques, physiques et biologiques, sortant de la thérapeutique orthodoxe, le *Formulaire Astier* expose les principes de l'homéopathie d'après TESSIER, de la médecine humorale d'après A. LUMIÈRE, de la Réflexothérapie et de l'Acupuncture, d'après A. FLANDIN.

Dans une deuxième partie, il aborde le Traitement des maladies et les spécialités.

Un chapitre est consacré aux médications d'urgence dans les asphyxies, les intoxications. L'hygiène et la désinfection, les maladies professionnelles y sont abordées d'après les travaux de TANON. Les régimes et, en particulier, les régimes du nourrisson d'après H. GRENET, font l'objet d'un autre chapitre.

Enfin, la troisième partie de l'ouvrage a trait aux renseignements pratiques fournis par les examens de laboratoire d'après AGASSE-LAFONT.

Cette énumération sommaire suffit à démontrer que ce Formulaire est indispensable à tous les médecins praticiens.

J. N.

La Presse

Infiltrations anesthésiques des chaînes sympathiques dans les affections des membres

Le Docteur Luzuy (Blois) limite l'étude de cette question au chapitre le plus clair, celui des affections des membres. Afin de ne pas mettre le trouble dans les esprits, de ne pas dérouter par des résultats inégaux et difficiles à interpréter, il faut distinguer actuellement les indications reconnues comme classiques, de celles qui sont encore de l'expérimentation médicale et chirurgicale. Le but de l'infiltration est, on le sait, de provoquer une anesthésie du sympathique vaso-constricteur et de déterminer ainsi une vaso-dilatation maxima ; d'où son indication dans tous les cas de spasme avec ralentissement circulatoire. On n'oubliera pas que le sympathique agit également sur la vaso-constriction des veines, sur le tonus musculaire, et sur certaines douleurs ne répondant pas à une topographie radiculaire.

Au cours de son exposé, l'auteur envisage successivement les causes des troubles dans la circulation artérielle (artérites, côte cervicale, étroitesse du défilé scalénique de l'artère sous-clavière, maladie de Raynaud, pieds gelés) et veineuse, les troubles post-traumatiques (contractures, cyanoses, cicatrices douloureuses, ostéomes, algies, causalgies, etc.). Finalement le résultat de l'infiltration doit distinguer : 1° les cas où les troubles circulatoires sont passagers et purement fonctionnels, comme un spasme post-traumatique ; ici l'anesthésie sympathique peut être une fin en soi et donner la guérison ; 2° les cas où le trouble circulatoire a un substratum organique permanent (artérites, oblitération artérielle, côte cervicale) ; ici le soulagement passager apporté ne constitue qu'un test et indique la nécessité d'un traitement médical plus énergique ou d'une opération plus radicale : la section du sympathique (*Journ. de méd. et de chirurg. pratiq.*, janv. 1942).

Les syndromes para-endocriniens constitutionnels

Le Docteur J. Decourt attire l'attention sur certains syndromes morphologiques ou fonctionnels, que leur aspect fait rattacher aux syndromes endocriniens ; ils se présentent en clinique avec l'allure de simples anomalies constitutionnelles, assez souvent de caractère familial. Leur importance pratique et leur signification ne semblent nullement celles des syndromes endocriniens vrais, dont elles n'ont pas, en particulier, la marche évolutive. Mais leur méconnaissance risquerait de favoriser certaines erreurs thérapeutiques.

C'est ainsi qu'on a vu coexister un tremblement, une exophtalmie et une hypertonie sympathique, rappelant un syndrome basedowien, sans qu'il existât ni goître, ni amaigrissement, ni élévation du métabolisme basal. De même un malade d'aspect acromégalique ne présentait pas de signes de tumeur hypophysaire. Certains faits de petite insuffisance surrénale ne relèvent pas non plus apparemment d'une lésion destructive des capsules surrénales.

Ces différents syndromes n'évoluant pas dans le temps comme les syndromes endocriniens habituels, il ne semble pas qu'on doive les imputer aux mêmes altérations glandulaires que ceux-ci. Or, il apparaît aujourd'hui que, non seulement l'hypophyse, mais toutes les glandes endocrines voient leurs fonctions reliées à des centres régulateurs neuro-végétatifs, dont l'altération anatomique ou fonctionnelle peut aboutir à la constitution de syndromes d'aspect endocrinien. Ces syndromes peuvent être appelés para-endocriniens. Il faut souligner leur bénignité et se garder de leur opposer des thérapeutiques intempestives *Gazette méd. de France*, (décembre 1941).



DERNIÈRES NOUVELLES (*Suite*)

Une conférence de l'Institut d'études corporatives et sociales

Les idées du jour n'ont pas trouvé dans les réalisations du récent secrétariat d'Etat à la Santé, toute la consécration qu'on eût souhaitée. Elles ont été marquées d'étatisme plus que de corporatisme et n'ont pas engagé la profession médicale dans une voie entièrement conforme aux désirs des médecins.

L'Institut d'Etudes corporatives et sociales, placé sous le haut patronage du Chef de l'Etat, a pris l'initiative d'organiser une conférence sur l'Organisation corporative de la médecine, qui s'est tenue à la Salle de la Société de Géographie le 8 mai, à 17 h. 30. Elle fut présidée par le Professeur P. Mauriac, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, dont le Corps médical a, il y a peu de temps, vivement remarqué la motion qu'il présenta à la réunion des présidents et secrétaires généraux des Ordres départementaux de la zone occupée.

Les conférenciers étaient le Docteur Hollier, ancien secrétaire général du Conseil supérieur de l'Ordre et le Docteur Raymond Bernard, chirurgien des Hôpitaux.

Le Docteur Hollier exposa un plan d'organisation de la médecine sociale en régime corporatif.

Le Docteur Raymond Bernard donnant un aperçu de son livre « Corporation médicale », qui vient de paraître à l'Institut d'Etudes corporatives et sociales se borna à un sujet concret et précis, celui de l'organisation syndicale, qui, d'après lui, devra être la base même de l'organisation corporative de la médecine.

Bourses de vacances

Les Laboratoires du Docteur F. Debat rappellent qu'ils consacrent, comme les années précédentes, une somme de 100.000 francs à la création de bourses de vacances de 1.000 ou 500 francs, destinées à de jeunes étudiants en médecine de santé délicate et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles.

Les demandes devront être adressées avant le 15 juin : 60, rue de Monceau. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du Professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant, ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyens d'appréciation.

Prochaines réunions de la Société des ingénieurs de l'automobile

La Section « Gazogène » de la Société des Ingénieurs de l'Automobile tiendra une séance le jeudi 4 juin 1942, 2, rue de Presbourg, à Paris.

La Section « Organisation » tiendra séance le 9 juin 1942, 5, avenue de Friedland et traitera de l'actualité et de l'avenir de l'automobile en France.

La Section « Electricité » tiendra séance le 11 juin 1942, 2, rue de Presbourg et traitera de la question de l'équipement électrique des véhicules à gazogène.

Une situation tragique

Les quelques lignes que que nous avons consacrées dans notre numéro du 26 avril à la détresse de Madame Veuve Vadon nous ont valu les envois suivants que nous avons transmis à notre confrère, le Docteur L. Robert, et pour lesquels nous remercions les généreux donateurs : 100 francs du Dr Sourice, de



Saint-Florentin-le-Vieil ; 300 francs du Dr Ponsot, de Précy-sous-Thil ; 100 francs du Dr Falliès, du Croisic ; 150 francs du Dr Hervouet, de Nantes.

A propos de l'organisaton médicale de l'hôpital intercommunal de Créteil

Une collaboration confiante, voire affectueuse, entre les membres de la Commission administrative, ceux du Corps médical hospitalier et les médecins du canton, a présidé à l'organisation médicale de l'hôpital intercommunal de Créteil. Que les principes de cette organisation soient bons ou mauvais, cela n'a pas une très grande importance. Ce qui est plus important, c'est qu'on les connaisse : pour s'en inspirer, s'ils sont bons ; pour les critiquer et les condamner, s'ils sont mauvais.

1° *Les « consultations externes » sont des organismes de consultation et non de traitement.*

La Commission administrative a voulu laisser aux malades pauvres la possibilité de se faire examiner et traiter par les médecins de leur choix. Elle ne les invite pas à venir consulter dans un hôpital, parfois éloigné de leur domicile. Et l'A. M. G. joue, sans contrainte, pour les consultations au cabinet du médecin. Les consultations hospitalières sont réservées aux malades qui, accompagnés par leur médecin ou adressés par lui, viennent chercher à l'hôpital : un examen spécial ou un avis médical ;

2° *La partie « clinique » est ouverte à tous les médecins ou spécialistes.*

Dans la limite des lits disponibles, il existe une partie « clinique » où peuvent se faire soigner les malades aisés. Ils s'y font traiter par le médecin ou le spécialiste de leur choix, qui perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration (en application de la loi Sellier) ;

3° *L'hôpital est fait « pour » les malades et non « contre » les médecins.*

Un médecin, élu par les médecins du canton, syndiqués ou non, siège à la Commission administrative. Il y a voix consultative, pour y défendre les légitimes intérêts du Corps médical.

Si les circonstances actuelles ne permettent pas toujours l'application rigide de ces principes, il semble que : Commission administrative, Corps hospitalier et Corps médical en désirent le maintien.

Docteur G. Métivet,
Chirurgien-chef des Hôpitaux de Paris,
Délégué dans les fonctions de chirurgien-chef
de l'Hôpital de Créteil.

A bâtons rompus

Les joies du médecin de Campagne

Dernièrement, à la demande d'un centre de réforme je fus prié de visiter un mutilé très malade, afin de rendre compte si l'affection dont il se disait atteint correspondait à celle qui avait motivé sa réforme. Pour remplir cette mission je dus faire 4 kilomètres à pied et rédiger un rapport que j'adressai à l'autorité qui m'avait sollicité. Un mois après, je reçus de cette dernière une lettre me demandant si je voulais toucher mes honoraires par mandat ou par un versement à mon compte de chèque postal. Ma réponse fut en faveur de ce dernier mode de paiement — dépense 1 franc de timbre poste. Deux mois après je reçus comme honoraires la somme importante de 20 francs sur laquelle il m'a été retenu 0 fr. 60 de timbre + 1 fr. 50 de frais d'envoi. Ma visite m'a en somme rapporté 16 fr. 90 !

Habitant une vallée, je ne puis visiter ma clientèle des plateaux qu'en gravissant des côtes de 6 kilomètres environ. Jadis, pour les accidents du travail je touchais 2 fr. 25 du kilomètre, mais cette indemnité depuis deux ans a été ramenée à 1 fr. 80. Par contre, mes confrères des plateaux voisins, qui ne connaissent que la plaine, touchent 2 fr. 25 du kilomètre.

Dernièrement, je fus appelé à X pour y visiter un enfant de l'Assistance publique. Mon voyage en auto dut être interrompu à Y par suite des menées de neige accumulées dans la côte. Un homme courageux vint me prendre en traineau à Y et mon voyage à X dura 4 heures aller et retour par un froid glacial. L'Assistance publique m'accordera pour ce déplacement (28 kilomètres aller et retour) la somme de 85 francs. Or, pour le voyage j'ai eu à parcourir 14 kilomètres en auto à 2 francs soit 28 francs de frais. L'homme au traineau me réclama deux fois 40 francs. Il apparaît donc que dans un an, lorsque j'aurai touché mes 85 francs, j'en serai exactement pour 19 francs de ma poche.

Le Salon

Le Salon de 1942 qui est ouvert au Palais de Tokio du 1er au 31 mai, groupe le salon des Artistes français, la Société nationale des Beaux-Arts, l'exposition coloniale et celle de l'Urbanisme.

Les circonstances ne permettant pas une visite en détail, nous nous bornerons à signaler les œuvres qui ont particulièrement retenu mon attention.

Aux artistes français, les paysages de Montezin, H. Martin, Montagné, Bizard, Etève, Azema, Sené, Planes, Paulette Genet, Villard, les compositions de Devambez, Guillonnet, Fouqueray, Malespina, Hervé, les nus de Biloul, Sieffert, Cyprin Boulet, Benner, les portraits d'Etcheverry, Paseau, Vollon, Lavrut, A. Ryan, Rigaud, Leroux, les natures mortes de Delpey, Pougheon, Cadiou, les tableaux d'art religieux de Jonas Camescasse, Lepetit, l'intérieur de Renders, Donhé, les dessins de Chaussemiche, la rétrospective de Baschet, les sculptures de Bouchard Cogné, Dropsy, Descalaire.

Si le salon des Artistes est de tendance classique, celui de la nationale est plus moderniste et cette année plus que jamais. La salle qui présente les portraits des artistes peints par eux-mêmes, dont Guirand de Scevola, est intéressante. On remarque aussi le portrait de Branly par Zuloaga, les natures mortes de Dayne, Grassot, Delaporte, Corput, les scènes animées d'A. Jonchard, Reboussin, les paysages de la Villéon, Sœvagen, Fontanarosci, Péri, Belle, les sculptures de Léonard, Moncassin, Fix Masseau, le paravent de Bobot.

A l'exposition coloniale nous remarquons les tableaux de Beaume et Thérèse Clément.

L'exposition d'urbanisme offre une suite d'aspects à Paris, aux différents époques, avec des études sur la circulation et l'hygiène de la capitale à notre époque.

Dr M. VIMONT.

Le Sou médical

Au cours de sa séance du 1er mai 1942, le Conseil d'Administration a prononcé les admissions suivantes :

Dr BAILLET (Claude), à Nîmes (Gard). — Dr BAULANDE (Marcel), Paris. — Dr CANDAU (Albert), Paris. — Dr CAZENAVE (Marcel), à Bagnères-de-Bigorre. — Dr CECCALDI (F.), à Digne (Basses-Alpes). — Dr CHALENÇON (Paul), La Talaudière (Loire). — Dr CONTE (Robert), Paris. — Dr CORRADINI (Roger

à Jœuf (Meurthe-et-Moselle). — Dr COTRAUX (Louis), à Montrollier (Rhône). — Dr HUICHARD (Maurice), à Autun (Saône-et-Loire). — Dr JOLY (Pierre), à Betchat (Ariège). — Dr JOUSSE (Robert), Paris. — Dr LE BAYON (Edouard), Paris. — Dr MAYETTE (André), à Reims (Marne). — Dr MICHEL (Joseph), à Corbeil (Seine-et-Oise). — Dr MONCANY (Jacques), à Corbeil (Seine-et-Oise). — Dr PICARD (Georges), à Champlitte (Haute-Saône). — Dr ROUX (Michel), à Hyères (Var). — Dr TALLET (Jean-Marie), à Limoges (Haute-Vienne). — Dr VANDENABEELE (Georges), à Lallaing (Nord). — Dr VICAIRE (Jean), à Le Mans (Sarthe). — Dr CAILLODS (Léon-Georges), à Besançon (Doubs). — Dr GUIRAUD (Amédée), à Mèze (Hérault). — Dr RAVAULT (Jean-Louis), à Foug (Meurthe-et-Moselle). — Dr JACQUIGNON (Robert), à Paris. — Dr BASTARD (Jean), à Paris. — Dr BRETTON (Roger), à Annemasse (Haute-Savoie).

Bibliographie

Edmond PILON. — **Dames et Gentilshommes. Poètes et Galants du XVIIe siècle.** Edit. du *Mercure de France*, 1941.

E. Pilon a le talent de faire revivre les hommes et les femmes des temps révolus. Tour à tour lyrique ou élégiaque, brillant ou tendre et toujours courtois, il sait doter ses portraits d'une vie nouvelle. Louis XIII et Louis XIV, Corneille et Racine, Madame de Sévigné, l'abbesse Gabrielle de Rochechouart, Madame Deshoullières, etc., etc., fournissent en maintes circonstances de leur vie des sujets de tableaux qu'Edmond Pilon sait délicatement brosser et qui enchantent le lecteur. Depuis Le Nôtre, E. Pilon est un des maîtres incontesté de la Petite Histoire. A la richesse de la documentation, il ajout la magie du style et il se dégage de ses ouvrages un charme sans égal.

J. N.

Louis ROULE, professeur au Muséum d'Histoire naturelle. — **Biologie des Poissons.** Flammarion, édit.

Le Professeur Roule à qui l'on doit la remarquable série de volumes sur *les Poissons et le Monde vivant des Eaux* (1), vient de publier dans la *Bibliothèque de philosophie scientifique la Biologie des poissons* où en 200 pages, il expose les phénomènes généraux de la vie tels qui se manifestent chez les poissons. Avec son talent d'exposition l'éminent naturaliste décrit tout dans une langue à la fois précise et agréable : la morphologie, la locomotion, l'alimentation, la respiration, les sensations, la reproduction, l'autogénèse et les migrations des poissons.

La lecture de cet ouvrage écrit avec une concision voulue est très intéressante et très instructive. La biologie des Poissons condense en quelques chapitres l'œuvre considérable du savant professeur.

J. NOIR.

Editions BERNARD frères,
37, rue des Trois-Bornes, Paris

Docteur GROS. **Le service médico-social d'une usine de métallurgie.**

Cette monographie de notre ami le Docteur Gros, l'un des pionniers de la médecine du travail, expose d'abord le rôle et les directives du médecin du travail.

Un exemple suit et éclaire cette partie théorique

(1) Delagrave édit., Paris 1926-1937.

en montrant ce qui a été réalisé par l'auteur dans une grande usine de la banlieue parisienne.

Ainsi les jeunes médecins d'usine trouveront à la fois, dans cette brochure, l'essentiel de la doctrine et le modèle à imiter.

G. L.

Editions Vigot frères, Paris

Dr G. Barraud. — **L'humanisme et la médecine au XVIe siècle.** Préface de M. le Professeur Sergent.

Livre d'érudit à la gloire des érudits de la Renaissance parmi lesquels nombreux étaient les médecins.

Ces hommes et femmes du XVIe siècle eurent certes un dévorant appétit intellectuel et furent de parfaits humanistes. Mais à Rabelais qui réclamait de « Tout apprendre pour tout savoir », Montaigne déjà répliquait :

« Sçavoir par cœur n'est pas sçavoir : fascheuse suffisance qu'une suffisance pure livresque ».

G. L.

Editions Denoel, Paris

Lamennais le trop chrétien. par René Bréhat.

Cet ouvrage d'un de nos confrères est le fruit d'une longue dilection, exprimée par l'auteur à chaque page, et d'une érudition particulièrement attentive.

La figure du génial précurseur et du magnifique écrivain y apparaît avec ses traits profondément creusés par l'exaltation intérieure, par la tension de la volonté et aussi, rançon des êtres exceptionnels, par les heurts à l'incompréhension des hommes. On apprend dans ce livre à vénérer le Breton qui ne transigea avec rien ni personne et à l'aimer parce qu'il fut malheureux.

Editions Vigot frères, Paris

Le lait et ses dérivés. Chimie. Bactériologie. Hygiène, par les Professeurs Rochaix et Tapernoux.

Cet ouvrage n'est pas une œuvre de vulgarisation. Il constitue un répertoire approfondi, une somme de toutes les notions scientifiques, biologiques, législatives et industrielles formant la science du lait. Les usagers, les médecins praticiens ou fonctionnaires, les contrôleurs de tous ordres et même le service provisoire (espérons-le) de ravitaillement y trouveront réponse à toutes les questions qui pourront se présenter à eux. Les grands producteurs ou ramasseurs de lait, les industriels qui le traitent, y trouveront non seulement des renseignements détaillés pour bien exercer leur profession, mais encore toutes les lois, décrets et arrêtés qui les empêcheront de mal l'exercer.

Briau.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur

La Commission des médecins sinistrés créée par le Conseil supérieur de l'Ordre fait connaître que :

1o Le Conseil supérieur dispose immédiatement d'une somme à répartir entre les médecins sinistrés.

Il ne peut faire cette répartition qu'une fois connue la situation exacte des médecins sinistrés de France. C'est pourquoi il leur est demandé d'établir l'état de leurs sinistres mobiliers et immobiliers professionnels, et de l'envoyer à la Commission des médecins

sinistrés, Conseil supérieur de l'Ordre, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VII[e]).

2° Des médecins sont encore, chaque jour, victimes de sinistres de guerre, en particulier dans la zone côtière.

La Commission des sinistrés leur attribuera d'urgence une aide dès réception d'une demande motivée donnant tous renseignements sur la date, le lieu et l'étendue du sinistre professionnel.

Cette demande devra être adressée directement par le sinistré à la Commission des médecins sinistrés.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Loyers

Loi du 16 *avril* 1942 permettant jusqu'à la cessation des hostilités aux locataires de locaux à usage d'habitation de céder leur bail ou de sous-louer et ce malgré conventions contraires.

La durée de ces cessions ou sous-locations ne peut excéder de six mois la date du terme d'usage qui suivra le décret de cessation des hostilités.

(*J. O.*, 30 avril 1942.)

Insuline

Aux termes d'un arrêté du 7 mai 1942, la répartition et la vente de l'Insuline sont désormais réglementées sous l'autorité du Comité d'organisation de l'Industrie pharmaceutique.

Tout diabétique pour s'approvisionner en insuline, doit adresser une demande au Centre de répartition qui sera créé dans chaque région. Cette demande doit être accompagnée d'un questionnaire type rempli par le médecin traitant dans lequel ce dernier donnera toutes indications diagnostiques et thérapeutiques.

Le Centre de répartition détermine pour chaque cas, la dose qui peut être administrée quotidiennement et délivre un bon d'approvisionnement, compte tenu du contingent d'insuline disponible.

Ces bons qui permettent aux malades d'obtenir les doses allouées chez leurs pharmaciens, ne sont renouvelables mensuellement que sur présentation d'une nouvelle demande accompagnée d'un certificat médical indiquant que le malade suit régulièrement son traitement et signalant, s'il y a lieu, les incidents survenus depuis la demande précédente ainsi que le résultat des analyses d'urine.

En cas d'urgence, les médecins traitants sont autorisés à prescrire par ordonnance les doses d'insuline nécessaires, les pharmaciens devront exécuter ces ordonnances mais ne pourront sans bon, délivrer une quantité supérieure à 200 unités.

La consommation d'insuline dans les hôpitaux publics est réservée sous le contrôle du Directeur régional de la Santé aux malades régulièrement hospitalisés.

Ces dispositions n'entreront effectivement en vigueur qu'au fur et à mesure de l'organisation des Centres de répartition dans chaque région. Les Directeurs régionaux de la Santé notifieront aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et à la Chambre départementale des pharmaciens la date de la mise en application.

(*J. O.*, 19 mai 1942.)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

QU'EST-CE QU'UNE PROFESSION LIBÉRALE ?

Au fait, le sait-on encore ce qu'est une profession libérale ? Rien n'est moins certain.

Le Docteur Noir se demandait récemment si la médecine en est toujours une et le courrier qu'il reçut à cette occasion témoigne d'une grande indécision des esprits. Encore faudrait-il, avant d'en décider, préciser le sens du terme lui-même. Rien n'est nocif et n'entretient les malentendus comme un mot mal défini et c'est tout l'art des rhéteurs de jeter à la volée de telles pommes de discorde parmi les honnêtes gens. Ils s'environnent ainsi d'un nuage de fumée qui donne aux évidences l'aspect d'hiéroglyphes et de la méfiance aux moins soupçonneux. Cela devient ensuite un jeu d'enfant de décrire la réalité comme on veut qu'elle soit et d'attiser à volonté les rancœurs ou les enthousiasmes à propos de babioles qui, en pleine visibilité, seraient sur le champ jugées comme elles le méritent.

A moins que la langue ait subi, elle aussi, d'occultes altérations et que nous en soyons venus à ne plus même parler le français de nos pères il est indiscutable que *libéral* dérive de *libre* et que, s'appliquant à un homme, une doctrine, une politique ou une profession, *être libéral* veut dire : *être épris de liberté* (1).

Mais il y a deux façons bien différentes d'aimer la liberté. Soit l'aimer pour elle-même et la revendiquer pour tout le monde : c'est cela être libéral. Soit l'aimer pour soi-même et à son seul bénéfice : tel est le propre du libertaire, égoïste farouche et proche parent des rhéteurs dont je parlais tout à l'heure (du reste souvent rhéteur lui-même). A son idée la liberté c'est d'être libre envers et contre tous, envers et contre tout.

Pour être libérale une profession doit donc assurer la liberté et à ses desservants et à ses clients, liberté réciproque entre eux et liberté des deux partis en commun vis-à-vis des tiers. « Libre à toi de venir ou non me consulter. Si tu viens libre à moi de te conseiller, à la façon et au taux qui me plaisent. Si nous tombons d'accord, libre à nous deux de traiter entre nous cette affaire privée ». Telle est, me semble-t-il, la formule de la profession libérale. Mieux vaudrait dire : telle elle serait si elle était possible. Car elle ne l'est pas ; elle l'est de moins en moins.

***

C'est que la liberté elle-même est chaque jour plus malmenée dans notre monde. Ne serait-ce pas la grande source de nos maux actuels que nous fussions si épris d'elle dans le moment qu'elle asphyxie lentement ? Depuis Adam (avant la naissance d'Eve) l'on n'entrevoit guère que Robinson Crusoë (avant la venue de Vendredi) pour avoir connu la liberté totale. Car seul un solitaire est vraiment libre ; dès que deux êtres sont rassemblés ils s'entravent mutuellement : la liberté de chacun postule un renoncement complémentaire de l'autre.

Dans une société aussi dense que la nôtre où, sous peine d'anarchie, l'individu est subordonné à la collectivité, la notion de liberté implique pour lui en définitive, et si paradoxal que cela paraisse, plus de sujétions que de droits, de recroquevillements que d'épanouissements. Chaque fois que nous acclamons la Liberté, celle dont la majuscule implique l'égale dévolution à tous, c'est donner notre accord à la condition où nous voici réduits d'un fétu libre et individualisé mais enserré au sein d'une gerbe. Si l'individu est ainsi empêtré dans sa liberté, une profession le sera-t-elle moins dans son libéralisme ?

Le schéma d'indépendance absolue qui servait tout à l'heure à définir la profession libérale est tout aussi fictif que la notion de liberté sans freins. La loi, expression de l'intérêt général, ne peut tenir quitte de toute obligation à son endroit un architecte qui construit, un avocat qui plaide, un médecin qui soigne. En fait elle édicte à chacun des règles en faveur de l'intérêt général et s'interpose entre le client et le professionnel et, par le droit du plus fort, interrompt le « colloque singulier ». « Tu défendras ce criminel, dit-elle à l'avocat, parce que tout homme doit être jugé dans les formes ». « Si ce malade est contagieux, lorsque cette femme aura accouché, lorsque ce moribond aura trépassé, enjoint-elle au médecin, je veux que tu préviennes qui de droit ». Obligations absolues, indiscutables, sanctionnées, qui n'ont fait et ne font encore que frayer la voie à d'autres.

Pour considérer, parmi les professions libérales, celle seulement que nous connaissons d'expérience, la liberté du malade de choisir son médecin n'est-elle pas restreinte par chaque nouvelle loi sociale ? N'en va-t-il pas de même pour la liberté de prescription du médecin, jugulée par les lois d'assistance, surveillée de près par les tribunaux de correctionnelle ? Et ne parlons pas, car la voici bien mal en point aussi, de sa soit-disant liberté de fixer lui-même sa rémunération. Cette liberté, les syndicats et l'Ordre l'avaient déjà limitée par le bas ; d'autres la limiteront par le haut ; elle sera alors libre... entre deux gendarmes.

Ainsi, à mesure que l'édifice social prend forme, les citoyens sont astreints à des charges nouvelles de la même façon que les locataires d'un immeuble de rapport ne peuvent se permettre les mêmes libertés que l'habitant d'une ville.

Et il n'y a pas de profession « libérale » qui prévaille contre ces conséquences de la vie en société.

***

Mais, à tout prendre, le mot, transmis par une civilisation bien éloignée de la nôtre, ne serait-il pas

(1) Mon confrère et ami Herpin me fait remarquer, à ce sujet, que l'intrusion du mot « libre » dans cette question est d'origine antique. Le Littré précise en effet qu'il évoque le préjugé des anciens contre le travail manuel, regardé comme indigne d'un homme libre et réservé aux esclaves.

mal choisi, peu apte à définir les professions auxquelles il s'applique ?

Qu'ont de commun, dans leur activité professionnelle, le médecin, l'avocat, l'architecte, l'ingénieur-conseil, l'expert-comptable ?

Chacun d'eux met, dans une circonstance particulièrement délicate, sa compétence et sa conscience au service de la personne qui le consulte. Chacun d'eux, avant d'agir, requiert une délégation de pouvoirs et une attribution de confiance, les uns défendant les intérêts, un autre l'honneur, un autre la vie.

La responsabilité qu'ils ont en commun c'est de gérer en toute souveraineté, et compte-tenu des lois, le bien d'autrui ; le mérite qu'ils partagent c'est de prendre ce risque à eux seuls et sans réassurance possible ni vis-à-vis de leur délégataire ni vis-à-vis de la loi. De telle façon charge et dignité se compensent et se légitiment l'une l'autre ; ce n'est pas d'avoir conquis le titre qui confère un lustre spécial au médecin, à l'architecte ou à l'avocat mais bien d'exercer son art de façon valable et d'en remplir toutes les exigences.

Une telle profession, où le professionnel se fait le subrogé tuteur de son client, est plutôt une mission où l'esprit individualiste de lucre est déplacé et où entre en ligne de compte la valeur totale de l'homme, spirituelle et physique, morale par dessus tout. Sous peine de tromperie dolosive un médecin doit à qui le consulte la totalité de ses moyens ; il n'a pas plus le droit d'être un valétudinaire qu'un médiocre ; et à défaut de la sainteté qui n'est pas assez humaine pour être exigible il doit à la société une parfaite rectitude du caractère.

Dans « profession libérale » nous nous plaisions à écouter sonner le mot de « liberté » pour ce qu'il nous promettait d'aisance à vivre et de commodité dans notre travail. Mais la liberté professionnelle ayant subi le sort de toutes les libertés rien ne sert de se référer à un mot que l'époque rend inadéquat pour justifier des revendications qu'il n'est au pouvoir de personne de satisfaire. Seuls peuvent demeurer libres ceux dont la collectivité se désintéresse.

« Un poète, disait Victor-Hugo, n'est pas plus utile à l'Etat qu'un joueur de quilles ». Et c'est sans doute pourquoi l'Etat n'a pas encore songé à codifier l'art de rimer ou de lancer la boule. Cela viendra peut-être. Mais nous ne sommes ni joueurs de quilles ni poètes et nos actes professionnels engagent des intérêts primordiaux de la société. Tant qu'il en sera ainsi la société réclamera droit de regard sur eux. Plus notre rôle grandira, plus étroitement il sera défini et surveillé. Même la corporation, si elle se réalisait, ne nous apporterait pas la libération. Peut-être même serait-ce un assujettissement plus strict encore parce que sous une surveillance plus compétente et plus proche.

* * *

Au reste est-ce bien le moment de faire valoir des prérogatives de cet ordre ? A énumérer ce qui vous est du on perd le sens de ce que l'on doit soi-même. C'est l'histoire d'hier et le bilan est sous nos yeux.

Nous sommes, aujourd'hui, face à face avec un devoir trop vital pour qu'aucun Français puisse se permettre de l'éluder. C'est une nécessité de s'intégrer plus étroitement que jamais dans la masse que nous formons à nous tous. Il s'agit, à chacun de nos actes, civiques comme professionnels, et même simplement quotidiens, de le sublimer par l'attention et la foi, de le hausser en quelque sorte à la hauteur d'un acte de dévotion. Peu nous importera que les contraintes tissent autour de nous un filet de plus en plus serré si, n'ayant plus le goût de nous échapper, nous nous vouons à la tâche inquiète de regagner sur nous-mêmes tout ce qui s'est perdu. A une statique de jouissance personnelle substituons le dynanisme en lutte avec les servitudes internes et extérieures.

Laissons s'évader l'esquif désuet de la profession libérale. Et déployons largement les voiles de la profession *libératrice.*

G. LAVALÉE.

ASSURANCES SOCIALES

I. Le régime des établissements de soins privés

La question des établissements de soins dus à l'initiative des Caisses vient d'être réglée par la fameuse loi sur l'Institut sanitaire. Une lacune subsistait dans la réforme de l'hospitalisation des assurés sociaux, celle des établissements privés. Elle vient d'être comblée par la loi du 2 avril 1942, dont l'importance mérite une étude plus détaillée que la mention que nous en avons faite.

* * *

Replaçons-la dans son cadre historique. Le régime de la loi de 1928-1930 considérait l'assuré hospitalisé *comme traité à domicile* et les honoraires étaient remboursés sur cette base. Ce principe ayant paru trop avantageux, les Caisses avaient, dans leur règlement intérieur peu à peu limité leur effort à ce *qui eut été déboursé à l'hôpital public.* Ce nivellement par la base supprimait en fait le droit pour l'assuré de choisir librement tant son médecin que sa clinique.

La réforme du 28 août 1935 pose alors le principe d'un *tarif spécial pour l'hospitalisation, tant pour les frais de journée que pour les honoraires médicaux.* Ce principe n'entra en vigueur effectivement que par le règlement intérieur-type du 30 janvier 1937 et du tarif national de réassurance du 7 octobre 1938. Un progrès était fait sur le régime précédent : plus de tarif unique, mais un tarif *différencié,* plus élevé pour l'hospitalisation privée que pour l'hospitalisation publique, s'adaptant partiellement ainsi à la dépense réelle de l'assuré.

Trois catégories étaient prévues au sein même de l'hospitalisation privée : la première, la plus élevée tant pour le prix de journée que pour les honoraires, était celle des établissements *ayant contracté* avec les Caisses ou *agréées* par elles ; la seconde (inférieure d'environ 20 %) comprenait les établissements *contrôlés.* La troisième, pour laquelle aucun remboursement n'était prévu, visait les établissements *échappant à tout contrôle.*

Les conventions, l'agrément, le contrôle, autant d'armes dont les Caisses usèrent pour régenter à leur guise l'hospitalisation privée. Mais leur arbitraire était fort heureusement limité par la possibilité d'un recours devant la *Commission régionale tripartite,* laquelle était en droit d'agréer en lieu et place des Caisses. Et cette Commission, de par son caractère

arbitral (médecin, Caisse, administration) présentait des garanties d'impartialité.

Le grave défaut de ce régime est qu'il *subordonnait l'homme de l'art à l'établissement de soins*, remboursant d'autant plus les honoraires médicaux ou chirurgicaux que l'établissement était mieux classé, et méconnaissait ainsi en fait le libre choix du praticien.

***

Que vaut le régime créé par la loi du 2 avril ? Schématisons-en le mécanisme : une seule catégorie, l'*établissement autorisé*. Par qui ? Non plus par les Caisses, mais bien par l'*Etat*, déléguant ses pouvoirs à une *Commission*. Que trouvons-nous au sein de cette Commission : en gros, la Direction et l'inspection de la Santé et les Assurances sociales (6 membres sur 8). Le Corps médical n'y est introduit que par le truchement d'un conseiller technique, choisi par le Directeur de la Santé, sur proposition de l'Ordre.

Sauf les cas d'urgence, seuls les malades soignés dans les établissements autorisés sont remboursés.

L'autorisation accordée peut être retirée. Un *contrôle* permanent exercé dans des conditions à déterminer veillera à ce que les établissements privés autorisés apportent « des garanties techniques au moins égales à celles offertes par un établissement public de même nature ».

Le *tarif minimum* de remboursements des *frais journaliers* sera établi par arrêté interministériel (Travail-Santé). Provisoirement, les établissements agréés ou ayant contracté sont autorisés. Un arrêté interministériel fixera les modalités d'application de la loi. Toutes dispositions antérieures contraires sont abrogées.

***

Nous ferons à cette loi un certain nombre de critiques, c'est en effet, plus au texte qu'au nouveau régime que nous en avons, les imprécisions du premier ne permettant point de dessiner suffisamment les contours du second.

1° La loi vise les établissements de soins — et réforme le régime de l'hospitalisation privée — les deux termes ne sont pas synonymes ; *un dispensaire privé* et même à l'extrême le cabinet d'un médecin sont-ils *compris dans son champ d'application* ? La lettre du texte permettrait de le soutenir ; l'esprit que l'on prête (trop obligeamment peut-être) au législateur s'y refuse. Un peu plus de précision dans les termes et dans les arrêtés d'application serait la bienvenue.

2° Chose plus grave, on ne sait si les tarifs de remboursement prévus par la loi s'appliquent uniquement aux frais d'hospitalisation (prix de journée hôtelier) ou *concernent également* comme auparavant les *honoraires médicaux* ou chirurgicaux ? Nous aurions cependant grand besoin d'être éclairé, car c'est là le point névralgique ; la solution donnée à ce problème fera de la réforme un pas en avant ou un simple piétinement. On peut penser qu'elle rétablit l'indépendance des honoraires de l'homme de l'art à l'égard de l'établissement et le remboursement sur la base des soins à domicile. Mais on aimerait être rassuré.

3° Cette loi tend à *organiser l'hospitalisation privée*, à contrôler et, si besoin est, relever le niveau. Pourquoi cette fonction corporative est-elle remise aux mains d'administratifs ou d'assureurs, seuls membres ou presque de la Commission ? C'était évidemment aux représentants de l'Ordre des médecins et plus encore du *Comité d'organisation des maisons de santé* qu'il eut fallu confier cette tâche et ce Comité a bonne figure qui n'est même point mentionné dans ce nouveau texte. On nous dit que sur sa demande des instructions combleraient cette lacune. A sa place, cette porte officieuse ne nous contenterait guère.

En conclusion, encore une loi d'inspiration étatiste, mal pensée, mal bâtie, au demeurant *peut être* remplie des meilleures intentions ?

II. L'Ordre des médecins a-t-il la plénitude de juridiction en matière de médecine sociale ?

Devant l'incertitude des textes actuels, et leur absence de coordination avec les lois antérieures, nous nous sommes souvent demandé quel était la zone d'action respective des institutions anciennes et nouvelles. En particulier, les Conseils de l'Ordre créés par la loi du 7 octobre *possédaient-ils la plénitude de juridiction en tous domaines de médecine privée ou sociale* ; devaient-ils au contraire céder le pas devant les Commissions de contrôle créées antérieurement à lui.

Dans le domaine des Assurances sociales, la question était encore plus complexe. En vertu d'une Circulaire du Travail, l'*Ordre prenait en principe la succession des Syndicats* pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935. Les juridictions devenaient ainsi Conseils de famille syndicaux statuant sous réserve d'appel devant la Commission supérieure de contrôle (art. 8, § 5). Une telle solution présentait de *nombreux inconvénients*.

Tout d'abord la procédure juridictionnelle n'était pas celle prévue par le règlement intérieur de l'Ordre, mais celle fixée par les décrets d'application des assurances sociales. Les sanctions ne pouvaient être également que celles mentionnées par l'art. 8, § 5. La portée de la décision était relativement limitée : elle se cantonnait au domaine des Assurances sociales et par extension (décret du 9 juin 1934) à la médecine sociale ; la médecine privée en était exclue. Enfin, au troisième degré d'appel venait s'intercaler entre le Conseil supérieur et le Conseil d'Etat. Cet appel était porté devant une juridiction mixte n'observant pas le Code de déontologie. *L'Ordre n'était plus maître ni de ses règles, ni de ses décisions.* C'était, par un détour, restreindre considérablement la portée de la loi du 7 octobre, et l'extension progressive du champ d'application de l'assurance sociale eut pu réduire à rien le domaine propre de l'Ordre.

C'est donc avec une particulière faveur que nous accueillons aujourd'hui une toute *récente décision de la Commission supérieure de contrôle des Assurances sociales* (26 mars 1942, Aff. C.) par laquelle cette dernière à elle-même fort heureusement résolu le problème en renonçant à ses droits.

Il s'agissait en l'espèce d'appel interjeté par une Caisse contre une décision du Conseil supérieur acquittant un médecin traduit devant un Conseil de famille syndical. La *Commission s'est déclarée incompétente*, en invoquant les motifs suivants :

« La loi du 7 octobre a donné aux Conseil de l'Ordre des pouvoirs disciplinaires d'ordre général, sans exclure le cas particulier des Assurances sociales. Aux termes de son art. 14, le seul recours établi contre les décisions du Conseil supérieur est le recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat. Ledit article ne prévoit pas l'intervention de la Commission supérieure. En conséquence, dans l'état actuel de la législation, *ladite Commission se trouve, à l'égard des Conseils de l'Ordre, privée des pouvoirs que le décret-loi du 28 octobre 1935 lui conférait à l'égard des Syndicats médicaux* ».

Voilà qui est net et sage. Par analogie, cette juris-

prudence peut être étendue à la Commission supérieure créée par la loi du 1er juillet 1938 (art. 4, § 2 nouveau de la loi du 9 avril 1898), en matière d'accidents du travail. Nous souhaitons qu'elle s'étende, automatiquement, comme les sanctions elles-mêmes, à l'ensemble de la médecine sociale et que l'Ordre possède enfin, comme garantie de son indépendance, la plénitude de juridiction.

Jean MIGNON.

LE NOUVEAU STATUT DE LA PROPHARMACIE

La nouvelle réglementation de l'exercice de la propharmacie mérite un sérieux examen non seulement au point de vue de ses répercussions sur la situation de nombreux médecins ruraux mais également à celui de ses conséquences d'ordre général. Envisagée sous ce double aspect, la loi du 11 septembre 1941 ne peut produire que de néfastes résultats.

Actuellement, le médecin propharmacien peut vivre mais ne fait pas fortune. Si ses revenus baissent sensiblement (et dans certains cas le rapport pharmaceutique atteint presque le rapport médical), qu'arrivera-t-il ? Ceux qui ont des ressources personnelles resteront à la campagne. Mais les autres, ou bien émigreront à la ville en augmentant la pléthore urbaine, ou bien seront tentés, pour vivre, de recourir à des actes peut-être peu conciliables avec le maintien de la dignité, si ce n'est de la moralité professionnelle. La misère est mauvaise conseillère. Un minimum de biens est nécessaire à la pratique de la vertu, enseignait Saint Thomas d'Aquin.

D'autre part, les pouvoirs publics déclarent avec juste raison que le relèvement national nécessite l'encouragement aux familles nombreuses et la lutte contre la désertion des campagnes. Nous estimons que la nouvelle législation va directement à l'encontre de ce double but. En effet, le départ de nombreux médecins ruraux augmentera le chiffre des frais médicaux des familles obligées d'aller chercher un praticien éloigné au lieu de l'ancien médecin autrefois résidant dans la commune. Cette augmentation des frais atteindra toutes les familles mais surtout celles qui possèdent un grand nombre d'enfants. Il en résultera un argument de plus fourni à ceux qui restreignent leur fécondité.

Examinant la question de la désertion des campagnes, un fait nous frappe tout d'abord : le mouvement de dépopulation rurale est général mais beaucoup plus accentué dans les communes sans médecin que dans celles qui en sont pourvues. Et cela se comprend : toute famille aime avoir le médecin sous la main. Le départ des médecins ruraux ne peut qu'accélérer le mouvement de la population vers les villes tentatrices où l'on trouve tant de commodités.

Ces quelques réflexions n'épuisent pas le sujet. D'ailleurs nos confrères de la Haute-Marne ont déjà appelé l'attention sur d'autres considérations très justifiées et nous nous associons pleinement à leurs protestations. Nous tenons cependant à ajouter à celles-ci quelques desiderata particuliers :

1° La loi du 11 septembre 1941 n'a aucune disposition spéciale en ce qui concerne les titulaires actuels des postes de propharmaciens. Or il nous semble de la plus élémentaire équité que soient conservées les situations acquises. Les nouveaux venus sauront à quoi s'en tenir : l'Etat peut donc leur destiner une nouvelle réglementation. Il n'en est pas de même des titulaires actuels desdits postes. Et à supposer que les pouvoirs publics n'outrepassent pas leur droit en légiférant à leur encontre, c'est le cas de rappeler l'adage de droit romain : « *Summum jus, summa injuria* ! »

2° La loi nouvelle stipule que les propharmaciens autorisés ne pourront vendre qu'un certain nombre limité de produits pharmaceutiques dont la liste sera dressée par les pouvoirs publics. Si cette liste est trop restreinte et ne comporte guère que les médications urgentes, cela équivaudra à la suppression pure et simple de la propharmacie. Nous demandons que le propharmacien ait le droit de vendre tous les médicaments.

3° Signalons enfin la disposition législative qui déclare le propharmacien assujetti à toutes les obligations des pharmaciens. D'une rédaction aussi vague et imprécise on peut donner des interprétations inadmissibles : soutenir, par exemple, que le propharmacien doit s'inscrire au registre du commerce, payer patente de pharmacien, etc... Il doit, au contraire, être nettement précisé que le propharmacien n'est pas un commerçant, la pharmacie n'étant pour lui qu'un accessoire de la médecine.

Si maintenant nous voulons amender les néfastes effets de la loi promulguée, quelle action convient-il de mener ? D'abord, il est nécessaire que de tous les départements s'élèvent des protestations, que l'on appelle l'attention des pouvoirs publics sur les amendements réclamés par l'opinion générale de nos confrères non pas tant dans leur intérêt, légitime cependant, que dans celui plus général du malade et de la nation qu'il faut relever.

Enfin alertons les Conseils de l'Ordre. Ceux-ci prétendent représenter le Corps médical. On nous a enlevé le droit syndical maintenu à d'autres : nous sommes sans moyens de défense autres que l'action des Conseils de l'Ordre. Il est vrai que nos confrères desdits Conseils sont débordés de travail : ils ont d'abord leur clientèle à servir puis des attributions judiciaires, répressives, législatives ; ils sont chargés de veiller à l'appli-

cation des lois générales telles que celle des allocations familiales. Les voici promus au rang de contrôleurs adjoints des contributions directes, sans rémunération d'ailleurs, pour surveiller la sincérité des carnets à souche et leur concordance avec les mentions portées au livre journal ! Nous comprenons qu'accablés de tels travaux, il leur soit difficile de faire tout ce qu'ils désirent. Nous voulons cependant espérer qu'ils ne nous oublieront pas et rester convaincus de l'efficacité de leur appui.

Docteur DÉSORMEAUX.
Ex-président de l'ex-Syndicat des médecins-propharmaciens de la Vienne à Ayron (Vienne).

HYGIÈNE ALIMENTAIRE

Viande réfrigérée et viande congelée

Dans une intéressante conférence qu'il faisait récemment au « Comité sanitaire de la région parisienne », M. Martel, ancien président de l'Académie de médecine, exposait toutes les ressources que l'industrie du froid est capable d'apporter à l'alimentation du pays. Les difficultés où nous nous débattons, la nécessité de ne rien laisser perdre de nos possibilités de ravitaillement confèrent à la question un caractère d'urgence vitale et de captivante actualité.

M. Martel évoquait la noble figure de Jules Tellier, créateur de l'industrie du froid, qui se heurta, comme tant d'autres précurseurs, à l'incompréhension et à l'entêtement routinier. C'est avec une autorité particulière que M. Martel peut aborder l'exposé de ce que nous avons à attendre du froid, car dès 1902, il s'intéressait à l'industrie naissante.

A cette époque, les moutons importés d'Afrique du Nord propageaient souvent en France la clavelée qui décimait ensuite les troupeaux indigènes. Chargé de la mission d'aller étudier sur place comment la contagion pouvait être évitée, il revint en préconisant l'abattage sur place et le transport en France sous le couvert du froid de la viande dépecée. C'était, rappelle-t-il, la solution pratique non seulement pour juguler les épizooties, mais encore pour rendre les transports plus faciles et pour éluder la perte sèche que représentaient la mortalité du bétail et son amaigrissement en cours de route.

La proposition parut saugrenue et n'eut aucune suite. C'est seulement plusieurs années plus tard que cette idée fut reprise par l'initiative privée.

A cette époque, M. Martel était inspecteur chargé de l'inspection des viandes à la Villette et c'est à lui qu'incomba le devoir de refuser la viande réfrigérée importée d'Afrique du Nord.

Piqué de curiosité par l'échec d'une entreprise qu'il avait lui-même préconisée, il voulut aller voir sur place et se rendit rapidement compte des fautes commises : le dépeçage était effectué par des Arabes dans des conditions de malpropreté évidentes, la surface de la viande était souillée de multiples façons, les réservoirs organiques (vessie, rectum) n'étaient souvent même pas vidés. Enfin, les transbordements multiples de la viande au lieu d'abattage, puis au port d'embarquement, puis au débarquement à Dunkerque, puis à la Villette favorisaient les pullulations microbiennes ; il était facile de s'en rendre compte par des examens microscopiques portant sur la surface de la viande, zone de contamination.

A ce sujet, M. Martel note que les foyers de décomposition qui apparaissent souvent au contact de l'os, c'est-à-dire en profondeur, ont une toute autre cause que les contaminations dues aux manipulations. Ils sont dus à ce que la bête a été abattue au cours de la période de digestion ; car au cours de cette période, les microbes du tube digestif pénètrent dans le courant circulatoire et sont véhiculés par lui dans tout l'organisme, et, particulièrement, dans les régions abondamment irriguées comme la moelle osseuse. Protégés du froid par l'épaisseur des tissus, ils sont ainsi dans les meilleures conditions pour pulluler. C'est sur cette constatation que se fonde le précepte de laisser jeûner l'animal à abattre.

Actuellement, un abattage correct est réalisé dans les lieux d'élevage, des cadres isothermes véhiculent la viande jusqu'au terminus du voyage sans manipulations réitérées, un appareillage de production du froid perfectionné permet d'obtenir des résultats en tous points satisfaisants et de transporter les viandes à très longues distances dans les meilleures conditions.

Il s'agit ici des viandes réfrigérées, c'est-à-dire dans le traitement desquelles n'est utilisé qu'un froid modéré, ne dépassant pas —5°.

Toute différente est la technique pour obtenir des viandes congelées : le froid est alors poussé jusqu'à —15 à —18°. Le public marque de la prévention à l'égard de la viande congelée ou frigorifiée qu'il estime inférieure. Le public a tort ; une congélation bien faite garde à la viande sensiblement toutes ses qualités alimentaires et gustatives. Mais il est indispensable pour obtenir de tels résultats que la congélation soit rapide, que les cristaux à l'intérieur de la viande soient petits et ne désorganisent pas les tissus. Au moment de l'emploi une décongélation lente doit intervenir.

Ainsi l'intéressante conférence de M. Martel précise les perfectionnements obtenus depuis 30 ou 40 ans dans l'industrie du froid et le précieux appoint que, grâce aux efforts de Jules Tellier, elle est capable d'apporter au ravitaillement des peuples menacés de disette.

G. L.

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Retraite et assistance. — Cabinet du Docteur Grasset. — Vaccination et Assurances sociales. — S. N. C. F. — Il faut réformer les allocations familiales — Brevet supérieur et baccalauréat. — Défense des propharmaciens.

Un avant-projet de loi sur la retraite, établi sur les données du Conseil supérieur de l'Ordre, vient d'être déposé entre les mains du ministre de la Santé publique.

Voici quel serait l'essentiel de ce texte qui ne contient pour l'instant aucune précision chiffrée :

— création d'une Caisse autonome de retraite auprès du Conseil supérieur ;

— versement obligatoire jusqu'à la retraite effective du médecin, que ce dernier est libre de prendre à partir de 65 ans ;

— en cas de décès du médecin, reversibilité d'une partie de la retraite sur la tête de sa veuve et primes éventuelles pour les enfants mineurs.

La Caisse de retraite simple organisme de répartition serait alimentée par une cotisation obligatoire et par le produit d'un timbre-certificat.

Les œuvres corporatives antérieures telles que la Mutualité Familiale et la Caisse de Retraite de l'A. G. seraient, contrairement à la tendance initiale, vues maintenant avec plus de faveur par le Conseil supérieur. La cotisation versée par les adhérents antérieurs à la date d'entrée en vigueur du nouveau régime viendrait en déduction de celle de la Caisse autonome.

Cette ébauche nous semble encore loin d'être un enfant bien venu. On y méconnaît totalement le rôle de la capitalisation, qu'il faut au contraire allier à la répartition, en donnant à celle-ci son véritable caractère qui est temporaire (période transitoire et période de grave dévaluation monétaire) et d'assistance.

Il faut donc limiter les retraites-répartition, à ceux qui en ont effectivement besoin. L'A. G. aurait un rôle à remplir à ce point de vue.

Par ailleurs, il ne suffit point de laisser aux œuvres leurs adhérents passés, il faut, si l'on veut réellement les laisser vivre, leur permettre d'en recruter dans l'avenir.

Voilà pour la prévoyance.

En ce qui concerne l'assistance, le Conseil supérieur la laisserait aux mains des œuvres professionnelles existant à ce jour et plus particulièrement de l'Association générale dont les Sociétés départementales constituent un précieux agent de liaison avec l'ensemble du Corps médical. Les Conseils départementaux auraient la faculté d'attribuer à ces organismes tout ou partie des biens syndicaux que la loi du 7 octobre 1940 leur a dévolus.

* * *

Dans un précédent écho, nous avions laissé entendre que le nouveau ministre de la Santé publique, le Docteur Grasset, conserverait auprès de lui les principaux collaborateurs de son prédécesseur.

C'est chose faite aujourd'hui. Le Docteur Aublant reste secrétaire général de la Santé publique, le Docteur Theil et le Docteur Vidal sont respectivement chefs de cabinet pour Paris et Vichy.

Enfin, le Docteur Dequidt est chargé à titre temporaire des fonctions de directeur du cabinet, secondé par M. Barbet, auditeur au Conseil d'Etat, qui avait

précédemment été détaché auprès du Conseil supérieur de l'Ordre en qualité de Conseil juridique.

Par leur entremise, le Docteur Grasset s'est efforcé d'établir un contact étroit et confiant avec les personnalités les plus diverses du Corps médical. Ainsi il a pu se rendre compte des causes profondes du malaise médical et connaître nos vœux et nos aspirations.

C'est évidemment la meilleure manière de se mettre à l'œuvre quand on est décidé à faire du bon travail.

***

Les Caisses doivent-elles rembourser les frais de vaccination ? A diverses reprises, la question nous fut posée. Elle le fut également par le Comité de coordination de l'Ordre pour la région parisienne à l'Union de Caisses. Couvrant purement et simplement ses membres, celle-ci répondit qu'un tel remboursement ne se concevait pas, motif pris de ce que les vaccinations obligatoires sont effectuées gratuitement par les collectivités publiques.

C'est là méconnaître la question. Il n'y a point en effet que les vaccinations obligatoires et rien n'oblige pour ces dernières à recourir aux services gratuits. La vaccination par le médecin praticien est si bien prévue que la nomenclature des actes de pratique médicale courante la comporte. Certes, il s'agit là de soins préventifs, c'est-à-dire des prestations spéciales de l'art. 6, § 16. On sait que la Commission supérieure permet aux Caisses d'apprécier dans chaque cas la mesure de leur effort. Mais une Circulaire récente n'a-t-elle pas enjoint aux Caisses de ne point se laisser mener par de simples considérations financières et de ne point oublier qu'elles ont un rôle social à remplir ?

Ne serait-ce pas l'occasion de le remplir en encourageant les actes de prévention individuels, trop rares encore aujourd'hui ?

***

Le Conseil supérieur, après de laborieuses tractations, vient de faire accepter par la S. N. C. F. les principes suivants :

— libre choix absolu de leur médecin traitant par les Agents de la S. N. C. F. en matière d'accidents du travail ;

— libre choix absolu de leur médecin par les familles des agents ;

— disparition des Dispensaires de soins créés par la S. N. C. F., notamment à Béziers, Bordeaux, Toulouse..... ;

— passation entre l'Ordre et la Caisse de Prévoyance des Agents de la S. N. C. F. d'un contrat analogue au contrat-type Ordre-Assurances sociales.

Le rôle des médecins de la S. N. C. F. serait donc désormais limité au traitement des agents, accidents du travail excepté.

Voilà un heureux résultat que nous devons pour une grande part au Docteur Laurent, secrétaire général, qui a personnellement mené ces négociations.

Souhaitons que le Conseil supérieur persévère dans cette voie.

***

Une volonté de renouveau se manifeste chez les gardiens du Corps médical. Insistons aujourd'hui sur une des causes du fameux « malaise » qui, s'il n'y est pas porté remède, ira s'aggravant : *la mauvaise organisation du régime des allocations familiales* dans les professions libérales.

Les cotisations sont trop lourdes pour que le prin-

cipe d'injustice qui en est la base (sous couleur d'égalitarisme) en soit aisément supporté.

Il faut adapter ces cotisations aux possibilités financières réelles des jeunes et des vieux médecins, et les allocations aux besoins réels de qui les reçoit. Sinon, outre qu'il contractera une désaffection grave pour les questions familiales elles-mêmes, le médecin restera sourdement irrité. Toute réforme dans le sens que nous indiquons amè-nerait au contraire un soulagement qui ne serait point limité à ce domaine.

***

On annonce à source officielle, la parution d'un prochain décret créant une équivalence absolue entre le brevet supérieur et le baccalauréat pour l'accès aux Facultés.

Sans vouloir réveiller de vieilles querelles, on peut néanmoins se demander si c'était vraiment le moment de réaliser cette réforme alors que tout le monde se plaint de la pléthore des diplômés, médecins ou autres ?

***

On a pu lire d'autre part, dans ce même numéro, les doléances très justifiées des médecins pro-pharmaciens.

La loi du 11 septembre 1941 les met en effet à l'entière discrétion du Préfet qui peut leur refuser ou, d'un moment à l'autre, leur retirer le droit d'exercer la propharmacie.

Le Conseil supérieur de l'Ordre, saisi de la question, est intervenu. Il a, nous a-t-on déclaré, demandé au ministère de la Santé que, pour toute autorisation ou toute délimitation du périmètre d'action d'un propharmacien, le Conseil départemental fut obligatoirement consulté. Il se doit d'engager sur ce point toute son autorité.

Ne s'agit-il pas là, et au premier chef, de la défense des intérêts de la profession dont l'Ordre est institué légalement le gardien ?

CORRESPONDANCE

572. — Luxation tibio-astragalienne

Je vous serais bien reconnaissant de m'indiquer comment tarifer (accident du travail) une réduction et contention de luxation récente du cou-de-pied (tibio-astragalienne). Une radio consécutive a permis d'éliminer toute fracture. Je ne trouve rien à l'art. 19 f (p. 6 du tarif du *Concours*, février 1941). Le tarif Assurances sociales indique K 10.

Dr H...

Réponse

Il y a là, en effet, une lacune dans le tarif, bien qu'il me semble me rappeler qu'à la Commission de révision on l'ait omis sciemment à la suite de l'observation de chirurgiens déclarant qu'une telle luxation n'existe guère sans fracture... En tout cas, devant cette carence, il faut chercher une analogie et je proposerais celle avec : « Réduction et contention par méthode non sanglante... Epaule, radiocarpienne = 170 francs ».

Dr F. Decourt.

Sur le mélange alcool-éther dans les vélo-moteurs

Est-il possible d'utiliser pour un vélomoteur deux temps, un carburant composé de 4/5 d'alcool à brûler

et de 1/5 d'éther et d'huile dans les proportions normales (c'est-à-dire pour cinq litres de carburant : quatre litres d'alcool, un litre éther, plus un demi litre d'huile) ?

Quelle est la proportion d'éther qui vous semble la meilleure à adopter pour obtenir de bons départs ?

Ce carburant est-il capable de déterminer une usure prématurée du moteur ? Ne nécessite-t-il pas l'adjonction d'une quantité d'huile plus importante ?

Dr L.

Réponse

Je ne peux pas vous renseigner d'une façon absolument précise sur l'utilisation de l'alcool dans les vélomoteurs, n'ayant pu encore faire des essais : j'attends, en effet, depuis plusieurs mois, un vélomoteur et n'en ai pas encore de nouvelles.

Toutefois, je puis vous dire que l'alcool à brûler contient actuellement toujours du silicate d'éthyle et laisse déposer dans sa combustion de la silice cristallisée qui détruit rapidement les moteurs : on ne doit donc l'employer en aucun cas.

Du point de vue technique, je crois que le mélange de 4 d'alcool pour 1 d'éther doit convenir pour un moteur auxiliaire. Vérifiez vous-même, en faisant l'essai dans une éprouvette, que vous pouvez y dissoudre la proportion d'huile convenable ; je crois que cela ne soit pas possible ou alors il faudrait une proportion d'éther plus considérable.

Une autre solution consisterait à prendre une huile végétale (huile de ricin, par exemple).

Je serais heureux que vous me teniez au courant des résultats obtenus au cours de vos essais.

Henri Petit.

1.192. — Cures thermales

Journellement des clients désirant effectuer leur cure habituelle en zone non occupée, viennent me demander des certificats. Comment les rédiger et quelle est la procédure à suivre ?

Dr P.

Réponse

Pour les personnes qui veulent aller faire une cure dans une station thermale en zone non occupée, voici quelles sont les démarches à faire pour obtenir le laissez-passer nécessaire.

Déposer au Conseil départemental de l'Ordre deux certificats :

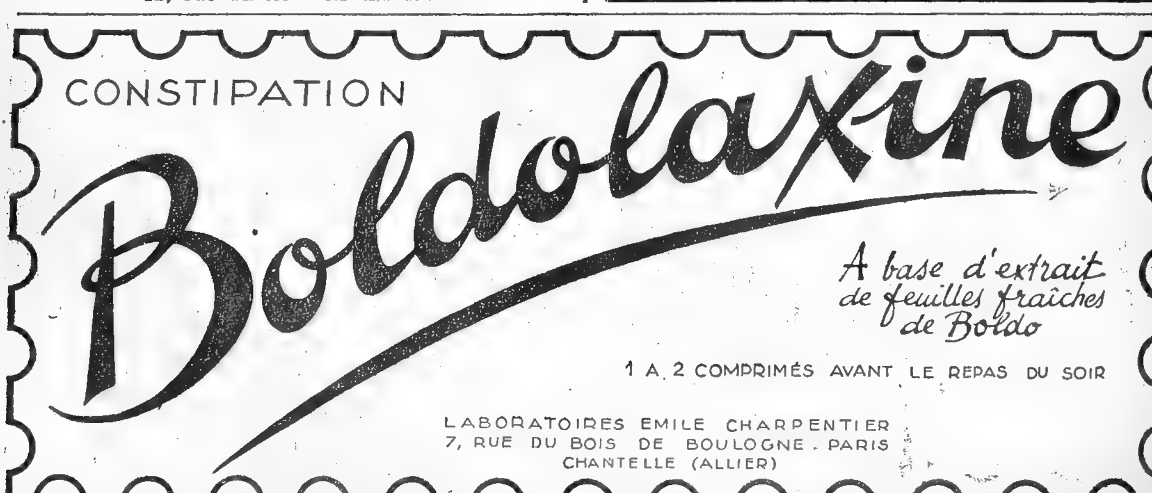
— l'un descriptif, portant le diagnostic complet mis sous enveloppe cachetée et destinée à être ouverte par un des membres du Conseil de l'Ordre qui l'examinera et éventuellement pourra demander à l'intéressé de se soumettre à une visite de contrôle ;

— l'autre administratif, indiquant purement et simplement que Monsieur X... a besoin d'aller faire une cure de tant de temps à tel endroit.

Si le Conseil de l'Ordre estime que le certificat descriptif est suffisant, il vise le certificat que vous déposez à la Préfecture à l'appui de votre demande de laissez-passer.

Pour Paris et le département de la Seine, les certificats et demandes de laissez-passer doivent être déposés au « Centre d'informations des Cures thermales », 115-117, avenue des Champs-Elysées.

Directeur-Gérant : G. Lavalée — No d'autorisation : **77** Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — M. le Professeur Pierre Mocquot est élu membre titulaire dans la deuxième section (*chirurgie, accouchements et spécialités chirurgicales*).

MM. Trémolières et Jean Lhermitte sont élus membres titulaires dans la première section (*médecine et spécialités médicales*).

Election d'un membre libre. — M. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, est élu membre libre de l'Académie de médecine.

— *Sur l'emploi de certains alliages pour les couverts de table.* — Après rapport de M. Fabre, l'Académie de médecine a adopté le vœu suivant :

« 1° La fabrication des couverts et vaisselles de table ou de cuisine en acier inoxydable est autorisée ; 2° la fabrication des mêmes ustensiles avec des alliages zinc-cuivre et recouverts d'une argenture dont l'épaisseur n'est pas définie, est interdite ».

— **Faculté de médecine de Paris.** *Chaire de clinique gynécologique.* — Un cours sur *la gynécologie du praticien* aura lieu du 22 juin au 4 juillet 1942, à la clinique gynécologique (hôpital Broca). Droit : 200 francs. Inscriptions au secrétariat de la Faculté.

— *Laboratoire d'anatomie pathologique.* — Un cours de technique hématologique et sérologique sera fait par M. Peyre à partir du 29 juin 1942. Droit : 250 francs.

— *Chaire de bactériologie* (Professeur Gastinel). — Sept leçons sur « *les Actualités biologiques sur le bacille de Koch et l'infection tuberculeuse* » par les Professeurs Besançon et Troisier et MM. Boquet et Negre de l'Institut Pasteur. Faculté, 18 heures :

Lundi 15 juin : Développement du B. K. Cycle évolutif. — Mercredi 17 juin : Facteur dose dans l'infection. — Vendredi 19 juin : Phénomène de Koch et surinfection. — Lundi 22 juin : Bacille tuberculeux bovin. — Mercredi 24 juin : Evolution des réactions à la tuberculine. — Vendredi 26 juin : L'immunité dans la tuberculose expérimentale. — Lundi 29 juin : B. C. G. par scarifications.

— **Faculté de médecine de Lyon.** — M. Creyssel, agrégé, est chargé provisoirement de la chaire de chirurgie de la Faculté de Lyon.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. Chailley-Bert, agrégé libre de la Faculté de Paris, est chargé à titre provisoire de la chaire de physiologie de la Faculté de Nancy, en remplacement de M. Santenoise, détaché à l'Institut Pasteur.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. Bounhoure est chargé de la suppléance du professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de cette Faculté.

— **Ecole de médecine de Nantes.** — M. Henri Giroire, professeur de médecine légale et thérapeu-

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine....... 120 francs
Étudiants.................. 80 francs
Le Numéro........ 5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

tique, est nommé professeur suppléant de pathologie interne. — M. Paul VERAN, professeur suppléant de clinique médicale, est nommé professeur de médecine légale, déontologie et thérapeutique.

— **Ecole de médecine de Caen.** — M. PORIN, professeur de médecine expérimentale, est nommé professeur de pathologie interne. — M. Jean OLIVIER est chargé de la chaire de médecine expérimentale.

— **Groupe hospitalier Paul-Brousse.** — L'Institut du cancer, l'hospice Paul-Brousse et la Maison de retraite Emile-Deslandres sont réunis sous le nom de « Groupe hospitalier Paul-Brousse ».

— **Association nationale professionnelle des médecins électro-radiologistes français.** — Cette association, déclarée à la Préfecture de police le 21 février 1942, a pour but la défense des intérêts des électro-radiologistes français. Siège social : 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris-VIIe.

— **Hôpital-hospice Saint-Vincent-de-Paul.** — L'établissement dépositaire des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau, à Paris, s'appellera désormais « hôpital-hospice-Saint-Vincent-de-Paul ».

— **Conseil de surveillance de l'Assistance publique à Paris.** — M. le Professeur BAUDOUIN est nommé comme représentant de la Faculté de médecine, en remplacement de M. le Professeur Tiffeneau.

M. le Professeur PORTES est nommé comme représentant des accoucheurs des hôpitaux, en remplacement de M. Levant, démissionnaire.

— **Société française de gynécologie.** — La prochaine séance aura lieu le 15 juin à 17 heures à la Faculté de médecine et sera consacrée à l'étude des *aménorrhées de guerre*, avec un exposé de la question par MM. Guy LAROCHE, BOMPARD et TRÉMOLIÈRES.

— **Ligue française contre le rhumatisme.** — Le 21 juin 1942 aura lieu à Aix-les-Bains une réunion commune de la Ligue française contre le rhumatisme, de la Société savoyarde des Sciences médicales et de la Société médicale d'Aix-les-Bains.

Sujet : Le début du rhumatisme chronique. Rapporteur : Docteur P. BAUMGARTNER.

On peut s'inscrire, pour les communications, chez le Docteur F. Françon, 9, rue Lamartine, Aix-les-Bains.

— **Sanatorium Emile Roux.** — Un *concours sur titres* est ouvert pour l'attribution d'un poste de médecin titulaire au sanatorium Emile Roux, domaine de La Musse, par Evreux (Eure).

Adresser les demandes au Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

— **Clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts.** — — Des *concours* seront ouverts, 13, rue Moreau, à Paris : le 9 juillet 1942 pour 2 places d'assistant ; le 16 juillet 1942, pour 4 places d'assistant adjoint et le 20 juillet 1942 pour 13 places d'aide de clinique titulaire, stagiaire, étranger.

— **Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours** (66, rue des Plantes, Paris-XIVe). — Un *concours sur titres* est ouvert pour une place de médecin chef de service et une place de médecin-adjoint. Inscriptions jusqu'au 15 juin 1942.

— **Hôpital mixte d'Auxerre.** — Des concours pour la nomination à 5 postes : de médecin, de chirurgien,

de médecin phtisiologiste, de radiologiste et de dermato-vénéréologiste, s'ouvriront à Paris le 29 juin 1942. Inscriptions avant le 22 juin. Pour renseignements, s'adresser à M. le président de la Commission administrative de l'hôpital.

— **Hôpitaux de Chateaubriant, Chinon, Cholet et Saint-Nazaire.** — Des *concours* pour des postes de chirurgien dans les hôpitaux de Châteaubriant, Chinon, Cholet et Saint-Nazaire auront lieu à Paris le 27 juillet 1942. Inscriptions du 1er au 8 juillet à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 24, avenue Desgrées-du-Lou, à Nantes.

— **Ville de Troyes.** — Un *médecin biologiste* est demandé pour le service du laboratoire municipal d'hygiène. Traitement : de 45.000 francs à 60.000 francs, plus indemnités. S'adresser à M. le Maire de Troyes.

— **Hospices civils de Chalon-sur-Saône.** — Un *concours sur titres* aura lieu le 3 août 1942 pour la nomination d'une sage-femme à la Maternité de l'hôpital. Renseignements au Bureau de l'hôpital.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance d'André Robert, quatrième enfant du Docteur et de Madame Robert, vingt et unième petit-fils du Docteur et de Madame Emile Fischer (Rougemont-le-Château, Territoire de Belfort, 6 mai 1942) ; de Patrice Dubois, fils du Docteur Antoine Dubois (Antony, Seine, 18, avenue Victor-Hugo, 9 mai 1942) ; de Martine Lamoril, septième enfant du Docteur J. Lamoril (Saint-Pol-sur-Ternoise, Pas-de-Calais, 20 avril 1942) ; de Catherine Mousseau, deuxième enfant du Docteur Maurice Mousseau (Nantes, 58, rue de la Bastille, 30 avril 1942) ; d'Alain Durnerin-Danhaive, fils du Docteur Durnerin-Danhaive (Viroflay, Seine-et-Oise, 16, rue Rieussec, 10 mai 1942) ; de Patrick Ladouch, fils du Docteur Georges Ladouch (Saint-Aulaye, Dordogne, 2 mai 1942) ; d'Andrée Chauchard, troisième fille du Docteur Paul Chauchard, directeur-adjoint à l'Ecole des Hautes Etudes (37, route de Versailles, Châtillon-sous-Bagneux, 16 mai 1942); de Jeanne Delarbre, fille du Docteur Delarbre (35, rue de la République, Morez, 16 mai 1942) ; de Bernard Saint-Dizier, second fils du Docteur Roland Saint-Dizier (16, rue de la République, Tarare, Rhône, 24 avril 1942) ; de Françoise Hau, deuxième enfant du Docteur André Hau (Méru, Oise, 8 mai 1942) ; de Jean-Paul Loraux, troisième fils du Docteur R. Loraux (94, avenue de Rebais, Coulommiers, Seine-et-Marne, 20 mai 1942) ; de Thugal Chevallier, fils du Docteur Pierre Chevallier (13, rue Jeanne-d'Arc, Orléans, 6 mai 1942) ; de François Héber-Suffrin, cinquième enfant du Docteur A. Héber-Suffrin (Saulces-Monclin, Ardennes, 22 mai 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Léonce Thilliez, doyen honoraire de la Faculté libre de médecine de Lille, décédé à l'âge de 73 ans ; du Docteur Schmidt, chevalier de la Légion d'honneur, ancien président de la Fédération des Syndicats médicaux d'Alsace, décédé à Guéret (Creuse) ; de MM. Ferdinand et Raymond Bouty, directeurs des Laboratoires Bouty ; de Monsieur Eugène Choay, Président honoraire de la Société de pharmacie ; du Docteur Jules Lafourcade, de Bayonne (Basses-Pyrénées) ; de Monsieur Maurice Beirnaert, notaire honoraire, beau-père du Docteur Joseph Debuchy, d'Armentières (Nord) ; du Docteur Grellet, médecin-chef de l'hôpital d'Elbeuf, ancien président du Syndicat des médecins du canton d'Elbeuf, décédé à l'âge de 68 ans.

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Typhus épidémique et puces

(MM. Georges BLANC et Marcel BALTAZARD ; 17-2-1942)

La puce — puce du rat (*xenopsylla cheopis*), puce de l'homme (*pulex irritans*) — peut être infectée de typhus épidémique, mais elle ne peut transmettre le virus par piqûre. Celui-ci, par contre, passe en quantité considérable dans ses déjections où il se conserve pendant un temps très long, et est susceptible de contagionner par voie muqueuse et par grattage.

La plupart des chercheurs admettent que le pou ne saurait, lui non plus, transmettre le virus par piqûre, qu'il intervient par ses déjections, répandues sur le revêtement cutané. Mais le pou, parasite strict, ne quittant point l'homme, émettant ses déjections sur celui-ci ou dans ses vêtements, doit, dans la nature, prendre le pas sur la puce, parasite ubiquiste ne restant jamais sur l'homme, émettant ses déjections loin de ce dernier.

Recherches fonctionnelles et biochimiques sur des personnes âgées. Leurs besoins alimentaires

(MM. Léon BINET, P. CASTAIGNE et Mlle BOCHET ; 3-3-1942)

M. Léon Binet et ses collaborateurs ont observé à l'hôpital Necker des sujets âgés (de 71 à 86 ans), non malades mais amaigris, se plaignant de fatigue, sensation de froid. Anémie légère, force musculaire amoindrie, tension artérielle à peu près normale, dépense de fond moyenne, prise au repos au lit, de 1.100 calories. Or, la ration alimentaire V est à Paris de 1.000 calories environ seulement, s'il n'y est pas ajouté de supplément.

Expectoration bacillifère et non bacillifère dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire

(24-2-1942)

La question de l'expectoration bacillifère et non bacillifère dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire, mise à l'étude par l'Académie de médecine, a donné lieu à une série de rapports dont nous avons déjà parlé (*Concours médical*, nos 16-17, 1942). Ces rapports ont été suivis de communications faites par MM. Courcoux, Le Noir, Broca, Thieffry et Costil, Lesné et A. Saeng, Maurice Chevassu.

M. COURCOUX présente quelques remarques sur la *recherche du bacille tuberculeux dans la primo-infection de l'adolescent et de l'adulte*. Les études sur ce point ont été peu nombreuses, et il y aurait intérêt à les multiplier. Les sujets n'expectorant pas, en général, dans la primo-infection, c'est au tubage gastrique qu'il faudra ordinairement s'adresser.

MM. R. BROCA, THIEFFRY et COSTIL, de leurs travaux poursuivis dans le service du Professeur Debré sur la *recherche du bacille tuberculeux dans le contenu gastrique chez l'enfant*, concluent que les résultats sont souvent positifs dans des cas variés de tuberculose, parfois sans que la radio apporte la preuve d'un foyer pulmonaire, quelquefois sans signe clinique anormal, avec seulement une cuti-réaction positive.

MM. LESNÉ et A. SAENG envisagent la *recherche du bacille de Koch dans les crachats par l'examen du contenu gastrique au cours de la période initiale de la tuberculose pulmonaire chez le jeune enfant*. Ces auteurs

ont obtenu assez souvent des résultats positifs en examinant le contenu gastrique chez des enfants présentant des signes radiographiques de tuberculose pulmonaire non évolutive. Ils ont constaté aussi, parfois, la présence de bacilles de Koch dans le liquide gastrique chez des enfants qui ne présentaient aucune ombre radiologique anormale. Ce mode d'exploration, toutefois, n'est pas toujours facile à généraliser. De l'avis de tous les pédiatres, le diagnostic de tuberculose chez l'enfant doit être basé avant tout sur les réactions cutanées allergiques, la radiographie et l'examen clinique.

M. Maurice CHEVASSU parle d'un problème analogue : *la tuberculose rénale et le bacille de Koch.* On a admis la possibilité de l'élimination du bacille de Koch par le rein sans lésion de tuberculose rénale. L'auteur cherche depuis vingt ans un cas démonstratif de ce genre sans l'avoir trouvé. De même, l'absence de bacilles de Koch dans l'urine malgré l'existence d'une tuberculose rénale ne se voit que rarement en pratique (10 p. 100 des cas) et correspond à un processus d'exclusion progressive de la lésion tuberculeuse du rein. L'urétéro-pyélographie rétrograde permet souvent de déceler ce processus en révélant le pertuis de communication entre la caverne rénale et la voie excrétrice.

Les nerfs diaphysaires des os principaux des membres

(M. G. LAZORTHES. — Présentation par M. ROUVIÈRE ; 24-2-1942)

La tuberculose médiastine du Noir

(M. A. PELLÉ, de Rennes. — Présentation par M. HARVIER ; 10-2-1942)

M. Pellé, dans un camp de prisonniers de guerre, a pu observer près de 700 Noirs, réformés pour tuberculose. Il a noté la très grande fréquence de la tuberculose médiastine (78 % des cas). Il importe, dit-il, de la dépister précocement, par un examen radiologique systématique, à une période où les lésions ganglionnaires sont encore curables.

Appendicites gangréneuses toxiques chez l'enfant.

(M. H. BILLET, de Lille ; 17-2-1942)

Ces formes de l'appendicite chez l'enfant ne paraissent pas très fréquentes. Elles se manifestent par une succession de crises de faible intensité, puis, à la période finale, par des phénomènes généraux graves, toxiques. Des anaérobies semblent en cause. L'intervention est souvent trop tardive pour être efficace.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Etude humorale d'un cas de pellagre

M. DÉROT et ses collaborateurs (31-10-1941)

Des publications récentes montrent que la pellagre a cessé d'être en France une maladie exceptionnelle. Les auteurs ont observé une malade de 41 ans, qui, soumise pendant plusieurs mois à un régime déséquilibré, a présenté au début de l'été une pellagre caractérisée par un érythème des parties découvertes, un état d'asthénie physique et psychique, de l'aménorrhée, mais sans autres troubles que des douleurs gastriques et sans aucun signe de localisation nerveuse.

L'érythème avait une topographie typique, attestant son origine solaire. La porphyrinurie n'était pas considérable. Le fonctionnement rénal parut satisfaisant. Au point de vue humoral, il existait une anémie modérée sans réaction plastique et une leucocytose normale avec tendance à la lymphocytose, formule non constante, mais souvent notée. On relevait,

d'autre part, une hypoprotidémie modérée à 60 grammes avec abaissement portant surtout sur la globuline, une élévation du taux des lipides à 10 grammes avec cholestérolémie normale, une glycémie aux limites supérieures de la normale et une réserve alcaline à 57 vol. 9. L'anomalie la plus importante a porté sur l'équilibre chloré, puisque le chlore plasmatique était très bas, à 3 gr. 15, et le chlore lobulaire élevé à 2 gr. 71. La calcémie était normale.

La malade a été mise à un régime mixte, comportant des aliments frais. Elle reçut, en outre, matin et soir, pendant 26 jours, une injection de 20 centigrammes d'amide nicotinique, soit au total 960 centigrammes. Les dix jours suivants, les injections furent suspendues et remplacées par l'ingestion quotidienne de 20 centigrammes en deux fois. Dès la fin de la première semaine, l'asthénie physique était en régression, les lésions cutanées s'amendèrent pour disparaître complètement. Enfin, un mois après le début du traitement, les règles reparaissaient. La guérison pouvait être considérée comme totale. Dans ce cas, le trouble du fonctionnement hépatique semble avoir aggravé la carence vitaminique, en gênant l'absorption des vitamines. Ce rôle du foie n'explique-t-il pas la rareté relative du symptôme pellagreux comparée à la fréquence des carences alimentaires ?

Au point de vue thérapeutique, l'influence désormais bien établie de l'amide nicotinique n'est plus à discuter dans son rôle vis-à-vis de l'équilibre humoral, et spécialement de l'équilibre protidique et chloré.

La transfusion médullaire ; son action antihémorragique au cours d'une aleucie hémorragique

G. Giraud et Th. Desmonts (31-10-1941)

Une femme de 28 ans est hospitalisée en plein syndrome hémorragique ; son anémie était extrême et s'accompagnait de leucopénie et de stigmates de moelle aplastique. On pouvait accuser un traitement chrysothérapique antérieur d'avoir entraîné ces accidents. Aucun traitement n'ayant pu enrayer le syndrome hémorragique, l'anémie progressait malgré les transfusions sanguines et l'hépatothérapie. Une première transfusion médullaire (injection dans le sternum de 1 c. c. de moëlle sternale de sa mère) amène, deux heures après et sans aucun malaise, une cessation à peu près complète des hémorragies ; 48 heures après, nouvelle reprise et deuxième transfusion médullaire ; même amélioration dès la deuxième heure ; quatre jours plus tard, reprise hémorragique et troisième transfusion, médullaire ; la malade n'a plus saigné depuis lors. La transfusion médullaire s'est montrée un procédé de thérapeutique inoffensif ; elle a contribué au réveil de l'hématopoïèse et de la leucopoïèse ; elle a entraîné une augmentation remarquable du nombre de plaquettes.

La radiothérapie et la surrénalectomie dans l'hypertension paroxystique

MM. Julien Huber, Kervarec et André-G. Corteel (20-11-1942)

Les auteurs rapportent les observations de deux malades, atteintes d'hypertension paroxystique, et traitées l'une par la radiothérapie surrénale et sinu-carotidienne, l'autre par surrénalectomie. Dans les deux cas, l'amélioration a porté sur l'élément « paroxysme », mais fut peu durable, ne dépassant pas dix-huit mois. Par la suite, ces malades ont vu réapparaître presque complètement les troubles qui avaient motivé ces thérapeutiques.

La radiothérapie surrénale eut pour effet de diminuer l'hypertension de fond, sans toutefois réduire le nombre des paroxysmes hypertensifs.

G. F.

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentation de malade :

Un schizophrène

Par M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

rédigée par M. Pierre FOUQUET, interne du service

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Comme vous allez le voir, le malade que je vais vous présenter ce matin pose un des problèmes les plus délicats de la pratique médico-légale psychiatrique. Avant de le faire entrer je vous dirai seulement que Gaston, âgé de 32 ans, nous a été envoyé, il y a trois semaines, par le Service psychiatrique des Prisons ; sans travail depuis plus d'un an, G..., inculpé de grivèlerie et de coups et blessures à agent, était en prévention à la prison de la Santé depuis le mois d'avril 1941. Là son comportement a paru bizarre, et il fut envoyé une première fois à l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police ; cet examen ne fut pas décisif et son renvoi en prison fut décidé ; mais, de nouveau, son attitude anormale motiva une seconde mise en observation à l'Infirmerie spéciale, où l'on conclut cette fois à son envoi dans mon service. Vous verrez dans un instant le sens que les difficultés diagnostiques donnent à ces hésitations. Faites entrer Gaston.

AU MALADE. — Avant de venir dans cet hôpital où étiez-vous ?

LE MALADE. — Depuis six mois je suis dans une époque un peu comme tout le monde.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Depuis combien de temps êtes-vous dans le service et d'où veniez-vous ?

LE MALADE. — Tout ça me fatigue la tête et je ne mange pas assez ; vous me faites travailler pour un salaire qui n'est pas rétribué.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Voyons ! Faites attention, et répondez-moi avec précision ; à quelle date avez-vous été arrêté ?

LE MALADE. — Je vous dirai que c'est plutôt pour moi un régime sévère.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — En quel mois sommes-nous ?

LE MALADE. — Peut-être le mois d'août ou juin ; avant le mois de juin, c'est juillet.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Pourquoi dites-vous des bêtises pareilles ?

LE MALADE. — Pourquoi me posez-vous des questions pareilles, je ne suis pas une grammaire... un ingénieur qui fait une recherche a besoin de toute sa tranquillité.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quelle profession exerciez-vous ?

LE MALADE. — Chaudronnier, c'est-à-dire homme de bien ; oui, il faut le travail pour manger.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Enfin, en quelle saison sommes-nous ? Regardez par cette fenêtre ces feuillages verts, ce soleil éblouissant ; est-ce l'été ou l'hiver ?

LE MALADE. — L'hiver ? (*il rit*) peut-être...

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je pense que, dès cette première phase de l'examen vous partagez, avec moi, une impression clinique immédiate, nous dirons l'impression d'une intentionnalité maligne ; nous analyserons tout à l'heure les motifs de cette impression première. Continuons.

AU MALADE. — Comment se fait-il que vous répondiez sans cesse à côté des questions qu'on vous pose ?

LE MALADE. — .....

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous vous êtes rendu coupable de filouterie d'aliments et on vous a mis en prison ?

LE MALADE. — Tout çà pour une histoire de dix-sept francs cinquante (*il rit*). La parole est une chose admirable ; alors je ne vois pas pourquoi je subirais la faute plus qu'un autre.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Que voulez-vous dire ? Vous rendez-vous compte que votre langage est très difficile à saisir ?

LE MALADE. — Vous êtes au courant, puisque je suis prisonnier ici ; chez nous, on était six, une belle famille ! J'allais chercher le pain, alors hue ! cocotte ! Tout ce que je devais faire était marqué à 12 ans ; je bricolais des trucs comme çà ; le père était sévère, mais j'avais eu l'idée de faire un trapèze comme j'avais vu dans un cirque ; je montais sur cette barre et puis, comme j'ai fait le moulin, j'ai lâché la barre qui n'était pas fixée.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Quel rapport cet incident a-t-il avec votre situation présente ?

LE MALADE. — J'ai encore une femme et des enfants.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Une chose est frappante : c'est le caractère diffluent de la pensée de Gaston que notre entretien décousu met en évidence ; de même le tour impénétrable de certaines expressions employées par lui.

AU MALADE. — Je croyais savoir que vous étiez séparé de votre femme et de vos enfants ?

LE MALADE. — Ah ! oui, le plus jeune est mort, et vous me parlez de celui-là... je ne peux pas préciser.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je le vois bien ; vous donnez même parfois l'impression de le faire exprès ?

LE MALADE. — .....

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Enfin, ne trouvez-vous pas étrange qu'un prisonnier soit mis ici ?

LE MALADE. — Si, j'ai eu un accident sur la voie publique.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Vous voulez dire que vous avez opposé une vive résistance aux agents venus vous arrêter ?

LE MALADE. — C'est possible ; vous êtes peut-être fort en médecine ; vous avez peut-être des qualités ; mais il ne faut pas oublier que je suis un homme ; je demande à sortir pour respirer l'air pur.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Une chose est certaine ; si je vous fais sortir d'ici, vous retournerez en prison pour être ensuite condamné par le tribunal.

LE MALADE. — Il faut que je travaille, puisque je suis un ouvrier ; j'en reviens toujours à ça.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Eh bien ! vous pouvez vous retirer ; au revoir Monsieur Gaston.

(*Le malade sort en refusant de serrer la main que lui tend le Professeur*).

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ces dernières paroles, que nous venons d'échanger, nous posent tout le problème :

Ou Gaston est un simulateur et, dans ce cas, je vais signer son certificat de sortie, c'est-à-dire remettre entre les mains de la justice un sujet démasqué qui a essayé de nous abuser, ou Gaston est un authentique malade mental, dont il faut préciser le diagnostic et apprécier l'incapacité pénale au cours d'une expertise médico-légale.

Vous avez penché, au début de cette leçon pour la première hypothèse et vous n'aviez pas tort d'y songer : un prévenu qui se présente comme lui, attentif, ironique parfois, vaguement hostile, qui deux fois sur trois répond à côté en paraissant éluder les questions gênantes, donne à s'y méprendre l'impression d'un simulateur grossier : voulant jouer la scène de la folie, sans rien connaître de la pathologie mentale, il s'imagine naïvement triompher avec les réponses les plus abracadabrantes. Le ton, la mimique prudente et comme aux aguets, les contradictions des déclarations de Gaston, son refus de la clarté et de l'évidence, tout semble vous confirmer dans votre soupçon d'un jeu malhabile aisément démasqué. Vous pourriez ajouter que l'examen clinique et humoral est parfaitement négatif.

Tous ces arguments, qui n'ont pas manqué d'être avancés par certains de mes assistants, ne m'ont pas convaincu.

Tout d'abord, je ne vous opposerai pas que je tiens Gaston pour un malade en raison de la disproportion qui existe entre un délit aussi minime que le sien et les efforts que nécessite une simulation. Cet argument serait bien faible, car on a vu de petits délinquants dans son genre être d'authentiques simulateurs.

Trois ordres de faits nous retiendront davantage : d'abord l'analyse même, faite sans idée préconçue, des troubles psychopathiques que présente Gaston ; ensuite, l'étude de son comportement dans le service depuis trois semaines ; enfin, les renseignements, fournis par l'enquête sociale, qui nous éclairent sur son comportement antérieur.

Si nous cherchons à dégager les traits caractéristiques de l'attitude de Gaston au cours de l'interrogatoire, vous serez d'accord avec moi pour trouver qu'il est difficile d'établir un contact avec ce sujet lointain, fuyant, étrange parfois, et comme perpétuellement en dehors de la réalité, avec ses réponses inadéquates, sans suite logique avec les questions posées. N'est-ce pas là l'essentiel du syndrome décrit par Ganser ? Sans doute l'avait-il primitivement étudié au cours des états crépusculaires hystériques, mais on sait qu'il est loin d'être exceptionnel au cours d'autres états psychopathiques, où il traduit justement l'écart, le fossé, qui sépare le malade du monde extérieur ; cette difficulté de pénétrer dans la pensée de Gaston, pensée elliptique, diffluente, qui s'exprime dans un langage au tour compliqué et volontiers abstrait, tout cela ne doit-il pas nous orienter vers l'hypothèse d'une dissociation schizophrénique ? Au lieu d'une volonté attentive à tromper l'observateur ne s'agit-il pas plutôt pour Gaston de l'impossibilité pathologique de réaliser la synthèse mentale permettant un discours logique ?

En raison même des doutes, qu'on pouvait nourrir sur la réalité de son état, Gaston a été minutieusement observé dans le service ; à son arrivée, il était hostile, menaçant même, mais bien vite, cette attitude d'opposition a fait place à une passivité, à une indifférence très marquée : la vie monotone du service ne paraît guère lui peser ; il reste isolé, replié sur lui-même, sans contact avec les autres malades. Cette absence de désir d'activité, cette stérilité profonde de toute sa vie psychique, voilà encore un trait qui vient compléter notre tableau. Ajoutez-y une anesthésie affective marquée à l'égard de sa famille : je vous dirai dans un instant comment sa femme et son enfant ont dû se séparer de lui au mois de mars de cette année. Gaston n'en parle jamais ; pas plus qu'il ne se préoccupe de son sort et des conséquences judiciaires de son acte, il ne s'inquiète des siens.

Enfin, nous n'avons pas manqué de faire faire une enquête sociale et nous avons vu sa femme. Le début de ses troubles paraît remonter à 1938 ; dès cette époque, son entourage le trouvait changé et remarqua la baisse de son activité professionnelle ; il était devenu sombre et énonçait des idées délirantes de persécution, prétendant qu'on avait branché à son domicile des fils électriques pour épier ses conversations. Au cours de la guerre, il était affecté spécial dans une usine de métallurgie, quand brusquement, un jour, il refusa de retourner travailler ; cet incident, dont

on reconnut vite le caractère morbide, le fit réformer ; depuis, il vivait du chômage, mais quelque temps après, il devint si brutal et menaçant que sa femme et son fils se réfugiaient chez des parents. Finalement, en avril 1941, il fut arrêté dans les circonstances que vous savez.

Je ne doute pas que maintenant vous ne préfériez interpréter les anomalies, que nous avons relevées au cours de l'interrogatoire de Gaston, plus comme l'expression d'un état psychopathique du type paranoïde que comme des réponses volontairement dilatatoires, indices d'une simulation.

LA RECTO-COLITE HÉMORRAGIQUE

Jacques Soullard
Médecin assistant à l'hôpital Necker

La gloire, disait Rilke, est la somme des malentendus groupés sur un nom. La recto-colite-hémorragique, maladie d'avenir, tient dans les publications médicales récentes une place qui rappelle cette gloire de mauvais aloi. Il n'est d'ailleurs que de parcourir les comptes-rendus de deux Congrès (1), qui leur furent en partie consacrés, pour constater ces malentendus et mesurer la disparité des faits réunis, l'imprécision des termes qui les groupent.

Loin de s'accorder sur le mécanisme, encore inconnu de cette maladie, ni malheureusement sur le traitement, les observateurs divergeaient totalement sur la sémiologie elle-même... Et les médecins eussent été longtemps tenus en haleine si quelques chercheurs, les plus qualifiés en l'espèce, n'avaient récemment fait le point sur la question et réuni en quelques lignes leurs idées communes sur les caractères essentiels de cette maladie.

Raoul Bensaude avait étudié, le premier en France, cette curieuse affection. On doit, de même, à son école cette mise au point codifiant une sémiologie précise : elle est signée de Lambling, Chêne, Hillemand et Rachet (2) ; ce dernier apportant, de plus, à l'étude des recto-colites une contribution anatomique, entièrement nouvelle, de la plus haute importance.

Ces travaux nous sont une occasion de rapporter ici les faits essentiels à la connaissance de la recto-colite-hémorragique : faits sémiologiques permettant par étapes d'accéder au diagnostic ; faits anatomiques et pathogéniques, éclairant peu à peu le mécanisme de l'affection.

I. Les étapes du diagnostic sémiologique

Si, pour le spécialiste endoscopiste, le symptôme « hémorragie intestinale » peut conduire sans relai à la vision d'une muqueuse rectale typiquement modifiée, il n'en est pas ainsi en médecine générale : bien d'autres diagnostics seront évoqués avant cette affection assez peu fréquente et mal connue.

Voici comment s'ordonnent en général les faits à interprêter :

a) C'est un syndrome dysentérico-hémorragique périodique

Un sujet, jeune souvent, vient consulter parce qu'il à cinq ou dix selles par jour, constituées par du sang auquel s'ajoutent du mucus, des éliminations diarrhéiques fécales, et souvent du pus : ce dernier est absent aux premières crises et n'apparaît plus tard qu'au décours de chaque poussée. Epreintes et ténesme sont discrets ; — amaigrissement, fièvre et anémie peuvent, très irrégulièrement, assombrir le tableau.

Ce syndrome dysentérique serait banal, si l'on ne précisait son rythme évolutif : le malade nous dit qu'il a eu d'autres crises analogues de durée souvent identique de l'une à l'autre, avec un rythme de retour assez régulier, souvent annuel, volontiers saisonnier ou plus fréquent encore. Dans l'intervalle, les selles sont normales ou accompagnées de déjections pathologiques moins fréquentes. Quelquefois l'évolution paraît chronique d'une seule tenue, mais il est bien rare que sur le fond dysentérique permanent ne se greffent des recrudescences nettement périodiques. Ainsi la recto-colite est bien, comme l'a montré Rachet, le premier avec Arnous, une maladie périodique, dont les poussées successives rappellent, quoique moins schématiques, celles de l'ulcère duodénal.

b) Ce syndrome dysentérico-hémorragique ne relève d'aucune cause connue

1. Toute hémorragie intestinale, quel que soit son aspect, impose une enquête digestive globale. On élimine assez facilement une lésion haute ; — l'aspect de l'hémorragie, les S. F. associés localisent vite le saignement à la région recto-sigmoïdienne : là, on élimine d'abord une affection organique localisée (cancer, polype) pour arriver au diagnostic des dysenteries.

2. En médecine générale, alors qu'on ne dispose pas de la rectoscopie, il faut admettre, provisoirement, que la recto-colite-hémorragique est « ce qui reste des syndromes dysentériques, quand toutes les causes ont été éliminées » (Rachet). C'est pourquoi on pensera aux plus fréquentes : en poussée, à la dysenterie bacillaire (séro-diagnostic) — et beaucoup plus souvent à l'amibiase, dont le diagnostic repose sur la recherche des formes végétatives et kystiques du parasite dans les selles, et sur l'épreuve thérapeutique de l'émétine si rapidement concluante lorsqu'elle est justifiée.

3. C'est donc une dysenterie cryptogénétique, et selon la définition ci-dessus, le diagnostic serait posé. En fait, la recto-colite hémorragique n'englobe pas toutes les dysenteries de cause inconnue : elle représente seulement celles qui réalisent un aspect rectoscopique précis, maintenant bien codifié, et exigible avec la rigueur des descriptions dermatologiques.

c) Caractères endoscopiques de la recto-colite hémorragique

1. *En poussée aiguë.* — La muqueuse rectale et sigmoïdienne est rouge sombre de façon uniforme et homogène sur toute la zone explorable lors de la progression du tube. Un fin piqueté hémorragique se détache sur ce fond régulier. Au retour du tube, ce piqueté s'est transformé en une véritable rosée sanglante parce que la muqueuse « pleure du sang » au moindre contact. Les ulcérations ainsi visibles sont le fait de cette *fragilité muqueuse au contact*, car il n'y a pas de vraies ulcérations spontanées.

2. *Lors des crises ultérieures* et surtout à leur décours, cet aspect pur des premières poussées est modifié par l'apparition de la suppuration : toute la muqueuse est recouverte de pus qui, détergé, laisse réapparaître l'aspect hémorragique précédent.

3. *Aspect résiduel entre les poussées.* Alors que les éliminations hémorragiques ont disparu, que le malade se croit guéri, on est souvent étonné de trouver une muqueuse encore très congestive :

Paraît-elle saine ? Il est exceptionnel qu'il ne persiste encore *un fin granité visible à jour frisant*, et un *piqueté purpurique provoqué* au contact du tube ou du porte-coton.

Ainsi cette maladie cyclique manifeste sa permanente chronicité par une *fragilité vasculaire* facile à objectiver.

II. Les bases anatomiques du syndrome

Ce syndrome qui, jusqu'ici, pouvait paraître artificiellement isolé dans le groupe des dysenteries de cause inconnue, a maintenant une description anatomique, qui en explique tous les caractères particuliers. Rachet, avec Delarue (3) a donné, le premier, par la méthode des biopsies en série, *une description anatomique intéressant tous les stades évolutifs de la recto-colite-hémorragique.*

C'est une maladie de surface de la muqueuse, dont les lésions se localisent au *chorion*, limitées constamment par la *muscularis mucosae* et affectant essentiellement l'appareil vasculaire. — En première poussée, des suffusions hémorragiques s'épanchent autour des capillaires ectasiés. Les glandes sont en hypersécrétion muqueuse, mais il n'y a pas d'afflux leucocytaire, ni de suppuration. — Au déclin d'une poussée, la congestion diminue ; des macrophages et des cellules éosinophiles apparaissent dans le chorion. Les épithéliums de surface se régénèrent. — En période de rémisson ou d'apparente guérison, la persistance d'œdèmes et d'ectasies capillaires explique la constatation de stigmates rectoscopiques résiduels (granité, fragilité muqueuse) alors que les S. F. ont disparu. La maladie est en sommeil et se réveillera un jour. — En période de suppuration s'ajoute une intense diapédèse leucocytaire, qui disparaît par traitement sulfamidé, laissant à l'état de pureté la congestion hémorragique : ces faits confirment avec éclat une série de recherches de pathogénie et de traitement exposées plus loin.

III. Traitement

Les principaux traitements proposés reflètent les conceptions physiopathologiques, qui les ont inspirés. Leur insuccès mesure la résistance des faits aux conceptions pathogéniques insuffisamment étayées.

a) *Les séro et vaccinothérapies* ont été vite rejetés en l'absence d'agent spécifique authentique de la maladie.

b) *Les médications de shock* prétendirent ensuite modifier le terrain, atteindre la maladie dans ses rapports avec l'intimité humorale : *choc par deux injections sériques à distance* ; *auto-hémothérapie* ; *transfusions sanguines* ; injection *d'acides aminés*. Les succès furent trop inconstants pour justifier les idées directrices qui les firent naître.

c) *La méthode de Whipple à hautes doses* fut la conclusion des recherches de Cain sur l'importance de l'hépatite dégénérative dans les recto-colites hémorragiques. Elle compte quelques guérisons et des améliorations générales beaucoup plus nombreuses.

d) *L'application locale de vitamine A* en solution huileuse préconisée par Rachet et Busson n'est pas dirigée contre une avitaminose. C'est un traitement purement local basé sur la propriété cytophylactique et épithélisante du carotène. La poussée est heureusement conduite à son terme. Mais son rythme de reproduction est peu modifié.

e) *Les diverses thérapeutiques antihémorragiques* (vitamine C, transfusions, vitamine K) sont vouées à l'échec, ainsi que le font prévoir les épreuves fonctionnelles sanguines habituellement normales.

f) *Le traitement sulfamidé* est beaucoup plus intéressant : il est basé, non sur l'hypothèse d'une affection microbienne générale, mais sur la similitude existant entre la suppuration de la recto-colite-hémorragique et les plaies chirurgicales superficiellement infectées traitées par sulfamides exclusivement locales. Ainsi a-t-on cherché à administrer la sulfamide par voie rectale, en petite quantité, pour atteindre seulement la suppuration.

On introduit par lavement une suspension aqueuse de 1162 F à raison de 1 gramme de poudre de produit pour 100 c. c. d'eau bouillie tiède à 38°. Cette dose est répétée quotidiennement pendant huit jours. L'expérience montre que les résultats obtenus sur la suppuration de la recto-colite-hémorragique par cette administration locale à dose réduite sont absolument les mêmes que ceux de la sulfamidothérapie générale à 8 grammes par jour (4).

Les résultats sont tout à fait nets : la suppuration est détergée en quelques jours, mais les stigmates hémorragiques (rougeur et granité de la muqueuse, saignement au contact) persistent inchangés. Ainsi les sulfamides, outre leur action limitée mais si précieuse sur la suppuration, dissocient presque expérimentalement deux ordres de symptômes :

a) *l'hémorragie*, avec ses stigmates muqueux, inaccessible au traitement ;

b) *la suppuration*, plus « abordable », contingente, réductible au moyen d'une chimiothérapie anodine par son faible dosage (5).

IV. Conceptions physio-pathologiques actuelles

Si la sémiologie de la recto-colite-hémorragique est maintenant bien codifiée, sa pathogénie comporte, par contre, bien des inconnues. Elle s'éclaire cependant peu à peu et se situe pour nous dans la pathologie générale, à côté de l'asthme, de l'eczéma, dans le cadre des maladies diathésiques.

Cette conception est basée sur trois ordres de faits d'acquisition récente, qui constituent l'extrême pointe de nos connaissances sur la recto-colite-hémorragique. Ce sont :

— *la périodicité cyclique des crises,*
— *l'action des sulfamides* supprimant la suppuration, impuissante sur l'hémorragie,
— *les contrôles biopsiques.*

Ces trois notions, dues à Rachet et ses élèves, sont à la base de cette conception.

a) **La recto-colite est une maladie exclusivement hémorragique** : la succession des crises montre l'apparition secondaire du pus ; les biopsies soulignent les lésions purement vasculaires des crises initiales, l'afflux de leucocytes apparaissant seulement aux crises ultérieures. De même, les sulfamides supprimant le pus, restituent le syndrome hémorragique pur, contre lequel elles sont impuissantes. Ainsi la suppuration est à la recto-colite ce que la bronchite chronique est au grand paroxysme asthmatique : c'est un signe associé par des liens de causalité, mais plus accessible, évoluant un peu à part, semblant pousser dans l'organisme des racines moins profondes. C'est un peu le lierre courant sur l'arbre : il pousse et grandit avec lui, après lui, s'arrache plus vite que ne se déracine son tuteur, — repousse très vite aussi ; il ne tient pas la même place : c'est une autre espèce végétale. La suppuration ne fait pas plus partie de la recto-colite que le lierre ne fait partie de l'arbre. C'est une très inégale association morbide. Mais l'antériorité du caractère hémorragique, son évolution cyclique irréductible affirment l'indépendance de ce syndrome.

b) **La lésion locale ressemble à un shock anaphylactique.** Là encore, les biopsies en séries de poussée

initiale, montrant des lésions essentiellement vasculaires, réalisent un véritable phénomène d'Arthus intestinal, analogue aux hémorragies intestinales décrites par Richet dans le shock.

c) **L'examen général évoque une maladie de sensibilisation.** Son rythme si particulier ressemble à celui d'une migraine, d'un asthme. Peut-être est-ce plus qu'une similitude : une de nos malades a vu un eczéma très ancien, à recrudescences estivales, remplacé par une recto-colite affectant la même périodicité.

d) **Les perturbations endocriniennes** semblent parfois commander les retours offensifs du raptus hémorragique : telle une de nos malades voit sa recto-colite reparaître deux mois après chaque accouchement. Les troubles hormonaux féminins déclanchent, en effet, par leurs antagonismes périodiques, *des déséquilibres discontinus à répétition.* Malheureusement l'incertitude de leur sémiologie enlève à la thérapeutique correctrice de ces troubles (folliculine, corps jaune, hormone gonadotrope et testostérone) toute valeur physiopathologique. Leur action est inconstante, comme est arbitraire ce jeu aveugle et monotone sur un seul octave, toujours le même, du clavier endocrinien.

e) **Le trouble humoral, quel qu'il soit, est transmis par le système neuro-végétatif perturbé.** Reilly a montré qu'une réponse vasculaire, pouvant atteindre au raptus hémorragique, est un mode d'expression de l'irritation sympathique. La sécrétion brutale d'histamine, dont on connaît l'action hyperhémiante intestinale, semble être le médiateur chimique de cette perturbation nerveuse.

Ces faits rappellent tout ce qui a été dit sur la migraine, l'asthme, l'eczéma, avec peut-être encore un peu plus d'incertitude. Mais ils ont au moins le mérite de rendre la recto-colite à sa véritable famille : la maladie diathésique de sensibilisation. Et si ce terrain pathogénique est encore très mouvant, celui de la sémiologie est par contre, maintenant, précis et codifié : il permet un diagnostic par les signes rectoscopiques, il indique un traitement d'attente, la sulfamide, dont l'action, limitée, est cependant précieuse. Il fait porter un pronostic dominé par le retour périodique des poussées.

1. Congrès de gastro-entérologie, Bruxelles 1936. Congrès des colites, Plombières, 1935.

2. CHÊNE, LAMBLING, RACHET et HILLEMAND : La recto-colite hémorragique. Société de gastro-entérologie de Paris, séance du 12 janvier 1942.

3. RACHET, DELARUE et BUSSON : Anatomie pathologique des recto-colites hémorragiques. *Presse Médicale* (sous presse).

4. RACHET et BUSSON : Traitement des recto-colites hémorragiques par les sulfamides. *Arch. des mal. app. digest.*, 1941.

5. J. SOULLARD : Les recto-colites hémorragiques chroniques à poussées successives, de cause inconnue. Etude critique du traitement sulfamidé. Essai pathogénique. Thèse Paris. Arnette, 1941.

DIABÈTE ET TUBERCULOSE

Dans l'excellent petit livre du Professeur Pierre MAURIAC (Le traitement du diabète en pratique médicale) (1), la question du traitement du diabète compliqué de tuberculose est ainsi exposée :

(1) Un vol. 106 pages, 1941, Masson, édit.

On sait l'arrêt de mort à brève échéance qu'était autrefois pour le diabétique l'apparition d'une tuberculose pulmonaire. Aujourd'hui, avec l'insuline, la situation est transformée, en restant certes toujours redoutable.

Un diabétique a d'autant moins de chances de devenir tuberculeux que sa glycémie est ramenée plus près de la normale. Un diabétique devenu tuberculeux doit avoir pour but de réduire au mieux son diabète par l'insuline, pour donner à la tuberculose ses chances normales de guérison.

La thérapeutique sera à la fois celle du diabète et celle de la tuberculose. Le traitement du diabète chez un tuberculeux ne diffère pas du traitement du diabète isolé. Le traitement de la tuberculose chez un diabétique ne diffère pas du traitement de la tuberculose ordinaire (pneumothorax, sels d'or, etc.). Seules les opérations sanglantes (thoracoplastie) doivent être abandonnées sauf cas exceptionnels.

C'est ainsi qu'on assiste aujourd'hui à la survie prolongée et aussi à la guérison par le pneumothorax de tuberculeux diabétiques. Ces malades restent néanmoins plus fragiles et plus menacés que les tuberculeux ordinaires et ils sont à la merci d'une négligence de quelques jours dans les soins apportés au diabète. Un tuberculeux diabétique doit soigner son diabète tous les jours, même si sa tuberculose semble guérie, même si son diabète a une évolution bénigne.

P. LACROIX

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître....

Chez DOIN et Cie,
8, place de l'Odéon

G. JEANNENEY et G. HIRTZ. — **Formulaire endocrinologique du praticien.** *Deuxième édition* revue et augmentée. Un vol. 208 pages, 30 fig., 1942. Prix : 60 francs.

B. WEILL-HALLÉ et M.-A. LAGROUA. — **La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. Méthode des scarifications cutanées.** Préface du Professeur Pasteur Vallery-Radot. Un vol. 102 p., avec fig. Prix : 25 francs.

LIBRAIRIE MALOINE
27, rue de l'Ecole-de-médecine, Paris

N.-T. KORESSIOS. — **Recherches psychothérapiques sur la dépression nerveuse (mélancolie avec conscience) envisagée comme maladie de la volonté.** Préface du Prof. Laignel-Lavastine. Un vol., 246 pages, 1942, prix : 50 francs.

Docteur Louis CAILLON. — **Le livre du dyspeptique. Maladies de l'estomac.** Un vol., 340 p., 6 grav., 1941. Prix : 45 francs.

Professeur LAIGNEL-LAVASTINE et N.-T. KORESSIOS. — **Recherches séméiologiques, sérologiques, cliniques et thérapeutiques (La sérothérapie hémolytique) sur la sclérose en plaques.** Un vol. 370 p., 90 francs.

La Presse

La vitamine E et ses applications en neurologie

La vitamine E existe dans la fraction insaponifiable des huiles de germe de blé, dans d'autres semences (riz, coton, lin), dans certains légumes verts, et en quantités plus faibles dans certains tissus d'animaux (pancréas, placenta, anté-hypophyse, jaune d'œuf). Les observations personnelles de M. MONNIER sur les symptômes neuro-musculaires et les lésions histologiques consécutives à une carence en vitamines E font penser que cette vitamine exerce une action eutrophique sur le système neuro-musculaire (muscles striés, nerfs périphériques, cordons postérieurs et cornes antérieures de la moelle). Ainsi certaines affections neurologiques semblent-elles justiciables d'un traitement par la vitamine E : dystrophie musculaire progressive, tabes et maladie de Friedreich, poliomyélite et sclérose latérale. amyotrophique. Mais il ne s'agit là que d'un traitement adjuvant, et non causal. Les résultats thérapeutiques seront d'autant meilleurs si la vitamine E est administrée, et de manière prolongée, au début de la maladie, avant la période d'état et d'altérations anatomiques grossières (*La Presse médicale*, 29 novembre 1941).

Ce que devrait savoir chaque médecin sur le cancer du rectum

Le Professeur GULEKE, se basant sur 420 observations personnelles, déclare non fondé le pessimisme habituel, qui s'attache au pronostic de cette affection, à la condition toutefois de s'attaquer à elle par tous les moyens possibles, et surtout d'en faire le diagnostic précoce. En règle générale, on n'explore le rectum, que quand le malade se plaint de selles douloureuses et sanguinolentes, de selles fréquentes sans exonération complète, d'émissions gazeuses abondantes, de constipation, d'évacuations filiformes. Mais, à ce moment, la tumeur a déjà envahi l'intestin à sa surface et dans sa profondeur: il est trop tard. Il faut, au contraire, dépister le mal bien auparavant, dans sa période de début, chez les sujets d'un certain âge. Il ne s'agit pas alors de penser à un ralentissement sénile de l'activité intestinale, mais d'envisager la possibilité d'un cancer du gros intestin, et d'en acquérir la certitude : toucher rectal, spéculum, rayons X, biopsie. Dans l'immense majorité des cas, on décèlera un cancer, et une intervention chirurgicale pourra heureusement intervenir pour 88 % des cas; suivant le procédé opératoire, la survie sera supérieure à 5 ans, dans 30 % des cas environ, ou dans 50 %, alors que l'évolution naturelle de la maladie, avec exitus létal, se fait en quatre ou cinq ans. (*Munch. Mediz. Wochens.*, 2 janvier 1942).

DERNIÈRES NOUVELLES (*Suite*)

On nous prie d'annoncer la parution de la nouvelle revue « *Diagnostics et traitements* ». Elle réalise un projet de documentation médicale, étudié d'après une formule nouvelle et classée par ordre alphabétique, afin qu'elle puisse être rapidement consultée par le praticien. Avec la devise « Chaque mot compte », l'équipe de médecins qui s'est attelée à ce travail gigantesque et qui comprend les Docteurs F. Blanc, M. Chevallier, J. Forestier, F. Françon, J. Lelong, et Saidmann a mis sur pied une revue dont le premier numéro contient neuf articles et commentaires originaux signés par : MM. L. Bérard, Florence, Etienne-Martin, Mouriquand, Saidmann et Trillat.

Abonnements : 100 francs par an, 70 francs pour les étudiants : S. L. E. P., 13, rue Puits-Caillot, à Lyon. Ch. Post. 576-56. Lyon.

Le remboursement intégral de l'indemnité kilométrique aux A. S.

On sait qu'à la campagne l'indemnité kilométrique représente une lourde charge pour les malades, souvent plus grande que le coût de la visite elle-même.

Les caisses d'Assurances sociales font subir au remboursement de cette indemnité le même abattement qu'au prix de visite, si bien que les malades ruraux sont, de ce fait, défavorisés par rapport aux citadins.

Un de nos abonnés, le Docteur C. (Ouest) s'élève avec raison contre cette pratique et demande que l'indemnité kilométrique, conséquence inéluctable de la vie au village, soit remboursée intégralement par les caisses.

Le retour à la terre n'a des chances de se faire que si l'on abolit peu à peu les pénalisations de ce genre uniquement réservées aux paysans.

« Dans ma région les caisses remboursent la visite à 12 fr. 50 et le kilomètre à 1 franc, de sorte qu'un père de cinq enfants demeurant à 8 kilomètres et gagnant 35 francs par jour (lui seul nourri) doit payer pour quatre visites d'une maladie moyenne 4 (25 + 48 (arrondis à 45) = 280 francs, sur lesquels la caisse lui rembourse 114 francs — et c'est encore nous qui faisons figure de profiteurs de la misère.

Bien plus, si devant un porte monnaie où il ne reste que 100 francs pour terminer la semaine, nous faisons une réduction de prix, par une iniquité inconcevable, c'est la caisse qui en bénéficie plus que le malade ».

Où en est le problème des prisonniers ?

De temps à autre l'on voit revenir un confrère prisonnier. Tout le monde l'interroge : il narre son histoire, donne des impressions, expose comment il compte reprendre son activité, demande des conseils. Et l'attention concentrée sur les nouveaux libérés tend à se détourner de ceux qui sont restés là-bas. Par bonheur une carte arrive alors d'un stalag, reposant en quelques mots le problème dans son entier.

Certes des efforts ont été faits et des résultats obtenus. Mais rien n'est fait tant qu'il reste à faire ; rien ne sera satisfaisant tant qu'il demeurera, deux ans après l'armistice, un médecin de réserve dans les camps d'Allemagne.

Et nous en revenons à ce que nous disions au début : une armée prisonnière est encore une armée et doit être soignée par des médecins de l'armée.

Hors de là, point de situation franche ni de justice.

Courrier littéraire

Le Docteur René Allendy, l'auteur de la *Justice Intérieure*, vient de donner le bon à tirer d'un livre intitulé **L'Amour**, qui paraîtra chez Denoël. Dans cette étude, le Docteur Allendy fait le point de tous les apports de la psychologie moderne sur ce sujet toujours neuf.

✖

Editions Louis Arnette,
2, rue Casimir Delavigne, Paris

Silhouettes de médecins. — Claude Laforêt.

L'auteur prend la précaution, pour éviter au lecteur toute tentation de curiosité, de l'avertir que ces portraits sont faits de touches prises çà et là, et que son livre n'est pas un livre à clefs.

Peu importe si chaque trait est assez aigu et véridique pour donner aux « silhouettes de médecins » l'attachante plasticité de la vie elle-même.

G. L.

Editions de l'Institut d'études corporatives et sociales, 110, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

Corporation médicale. — Raymond Bernard. Préface du Professeur Pierre Mauriac.

Prenant texte de la première année d'exercice de l'Ordre, de ce qu'il a fait et de ce qu'il n'a pas fait, l'auteur reprend l'exposé de sa doctrine corporatiste et développe ce que les médecins pourraient attendre d'une corporation réalisée selon de telles normes.

G. L.



ORDRE DES MÉDECINS

Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la Région sanitaire de Paris

Convention Ordre-Caisse

Le Conseil supérieur étudie, nous dit-on, un projet de convention-type Ordre-Caisses. L'utilité de ses travaux nous paraît discutable depuis que le Conseil de la Seine a pris l'initiative de faire accepter par les Assurances sociales, le 23 avril dernier, le texte d'une convention dont nous extrayons ci-dessous un article que l'on peut proposer en modèle aux conseils de province. Rôle de l'Ordre, entente directe, intérêts des assurés et des Caisses, tout y est harmonieusement sauvegardé. Une fois de plus le Conseil de la Seine suivi des Conseils de Seine-et-Oise, Seine-et-Marne et d'Eure-et-Loire, a fait du bon travail.

« Article IV :

« 1° Les honoraires minima, pour soins à domicile ou au cabinet du médecin, sont fixés par le Conseil de l'Ordre et communiqués par lui à l'Union des Caisses.

« L'Union des Caisses communique au Conseil de l'Ordre son tarif de responsabilité qui est annexé à la présente convention.

« Le barème des actes médicaux et des indemnités kilométriques de déplacement, d'une part, le tarif de responsabilité de l'Union des Caisses, d'autre part, font l'objet d'une nomenclature identique.

« Si le Conseil de l'Ordre estimait devoir réviser les honoraires minima en raison des circonstances économiques, il en aviserait l'Union des Caisses au moins un mois à l'avance.

« 2° Sauf exceptions prévues par la loi, la fixation du chiffre des honoraires est soumise au régime de l'entente directe. Toutefois, le Conseil de l'Ordre



veille à ce qu'en règle générale, il ne soit demandé aux assurés sociaux que les honoraires minima qu'il aura fixés lui-même.

« Si les médecins dépassent ces honoraires minima et si ce dépassement ne paraît pas justifié, les Caisses et les assurés sociaux eux-mêmes pourront avoir recours au Conseil de l'Ordre chargé d'apprécier — compte tenu des articles 18 et 21 du Code de déontologie relatifs aux honoraires — si les titres, la notoriété du médecin, la situation de fortune de l'assuré, l'importance du service rendu ou quelque circonstance particulière justifie les honoraires demandés.

« L'Union des Caisses s'engage à ne créer, par elle-même ni par personne interposée, aucune organisation de soins à domicile par des médecins, à ne signer, au sujet de ces soins à domicile, aucun accord individuel avec des médecins ».

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Arrêté du 26 mai 1942 fixant les indemnités journalières de maladies et de maternité

Article unique. — Les indemnités journalières dues à partir du quatrième jour qui suit le début de la maladie ou l'accident et les indemnités journalières de maternité ne peuvent être supérieures à 50 francs pour chaque jour, ouvrable ou non, d'incapacité de travail ou de repos de maternité, ni inférieures à 8 francs à Paris et dans les communes de Seine et Seine-et-Oise, à 7 francs dans les communes de plus de 15.000 habitants, à 6 francs dans celles de plus de 5.000 habitants et à 5 francs dans les autres communes. (*J. O.*, 30 mai 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

ÉCHEC D'UN MAUVAIS COUP CONTRE LA PROFESSION MÉDICALE. — CODE DE DÉONTOLOGIE. — RETRAITE ET PRÉVOYANCE. — LA CARTE T POUR LES MÉDECINS MONTAGNARDS. — LES ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES. — ALLOCATIONS FAMILIALES

Certains conseils départementaux de l'Ordre ont voici plusieurs mois déjà, procédé à une révision des tarifs minima d'honoraires médicaux.

Ils nous ont alors demandé s'ils ne devaient pas, avant de mettre en vigueur les nouveaux chiffres, obtenir l'autorisation du service des prix, en exécution de la loi du 21 octobre 1940 sur la hausse illicite.

Nous leur avons répondu — notre numéro du 23 novembre 1941 page 2.075 publiait cette réponse — qu'aucune autorisation administrative ne leur était nécessaire. Nous appuyions notre avis sur l'autorité de M. Paul ESMEIN, professeur à la Faculté de droit de Paris et sur celle de M. René FLORIOT, avocat à la Cour d'Appel de Paris.

Tous deux concluent en effet de l'impossibilité de taxer uniformément le prix d'un acte médical, essentiellement variable selon la valeur et les titres du médecin, la gravité de l'affection soignée, les capacités de paiement du malade, à la nécessité de tenir les honoraires médicaux hors la législation sur la hausse des prix, qui régit uniquement le domaine artisanal, commercial ou industriel : doctrine en parfaite harmonie avec la lettre et l'esprit de la loi du 21 octobre 1940.

Quelle ne fut donc pas notre stupéfaction de lire dans le *Bulletin officiel* des services des prix du 20 février 1942, un arrêté du Ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances en date du 17 février, faisant figurer, sur la liste des services dont les prix peuvent être fixés par arrêtés des préfets régionaux, « *les consultations et visites médicales* ! »

Pourquoi les consultations et visites médicales seules et non pas aussi celles des dentistes, des vétérinaires ou des sage-femmes ? Pourquoi pas les consultations et services des avocats, des architectes, etc... ? Pourquoi surtout cette interprétation, au moins audacieuse, de la loi sur les prix ?

Après le carnet à souches, la fixation commerciale des honoraires ! Décidément les Finances y allaient fort. Nous nous en sommes émus, d'autres que nous aussi. Des démarches pressantes furent faites par la Santé publique auprès des Finances.

Le résultat ? Le *Bulletin officiel* des prix publiait le 13 mars un arrêté du 10 mars abrogeant celui du 17 février. Les médecins l'avaient échappé belle !

Par le truchement d'un arrêté fort discret, on avait tenté de porter un coup mortel au principe de l'entente directe. Celui-ci reçoit aujourd'hui de cet assaut manqué une consécration éclatante.

Des gardiens avertis ont, cette fois-ci, veillé au grain.

Leur tâche à l'avenir sera facilitée, puisqu'ils connaissent maintenant de quels points précis de l'horizon soufflent les vents destructeurs. Ils pourront porter là une attention toute spéciale.

***

La loi du 31 décembre 1941 prévoyait que le statut de la profession médicale serait fixé, sous le nom de code de déontologie, par décret rendu en Conseil d'Etat sur proposition du Conseil supérieur de l'Ordre.

Ce dernier s'était mis immédiatement au travail. Aussi vient-il de remettre au Ministre le projet du futur code.

D'après ce que nous en savons, ce projet serait un texte clair, concis. Il aurait rejeté tout ce que la première version contenait de par trop casuistique ainsi que les prescriptions dont la légalité était douteuse (incompatibilité d'exercice de la médecine avec tout mandat politique soumis à élection, impossibilité de cumuler l'exercice de la médecine générale avec une spécialité ou de deux spécialités, interdiction de signer un article...).

La parole est maintenant au Conseil d'Etat.

Le rôle de ce dernier paraît être d'ailleurs uniquement de s'assurer que le texte qui lui est soumis ne contient aucune disposition contraire à l'ordre public et aux droits individuels.

G'est en effet à la profession qu'il appartient, dans ces limites, de fixer elle-même le statut de ses membres.

***

Dans notre dernier numéro, nous avions critiqué ce que le Conseil supérieur de l'Ordre avait bien voulu nous faire connaître de ses projets en matière de retraite et de prévoyance corporatives.

Etant en mesure de compléter les renseignements succincts que nous possédions, nous pouvons aujourd'hui rectifier notre critique primitive.

Nous avions reproché à l'avant-projet présenté de ne comporter en matière de retraite qu'une base-répartition.

Ce reproche porte mal dès lors qu'on ne songe qu'à construire pour l'immédiat et que l'on prépare

pour un avenir monétairement plus stable la seconde colonne de l'édifice, celle de la capitalisation.

C'est du reste fort sage, dès lors qu'on ne demande à la répartition, c'est-à-dire à la solidarité corporative, qu'un effort limité, adapté aux *possibilités* et aux *besoins* de chacun.

Nous n'avons pu avoir la certitude que telle était bien l'intention du Conseil supérieur ; nous croyons savoir que sa doctrine en cette matière manque de stabilité, mais qu'en tous cas la cotisation répartition ne dépasserait guère 2.000 francs par an.

Si nous réclamons une limitation de l'effort, nous souhaitons par contre que tous les ayants-droit soient effectivement conviés au partage, et l'on ne voit guère pourquoi les veuves de médecin dans le besoin en seraient exclues. C'est là encore un point de doctrine sur lequel l'Ordre devra prendre parti.

La retraite-répartition instituée, l'Ordre en resterait provisoirement à cette première étape. Les caisses de retraite corporative, qui toutes fonctionnent sur la base de la capitalisation, pourraient donc continuer à vivre. C'est là un point important.

Quant aux autres branches de la prévoyance (maladies, invalidité, décès), leur étude et leur organisation seraient également remises à des jours meilleurs.

Un effort immédiat serait peut-être fait en matière d'indemnité maladie, mais de toute manière, l'assurance obligatoire revêtirait le caractère d'un simple minimum (au plus 50 francs par jour pendant trois mois) et la Caisse créée par l'Ordre n'aurait point de monopole.

Envisagée avec cette souplesse qui s'éloigne heureusement de la mégalomanie primitive, l'action du Conseil supérieur serait opportune en ce qu'elle développerait dans le Corps médical, l'idée de prévoyance trop souvent encore méconnue aujourd'hui.

***

Le ravitaillement se trouvait au sujet de l'attribution de la carte T au Corps médical, devant un problème épineux : il fallait de toute évidence faire un geste et il fallait ne pas trop lâcher.

Médecins de campagne ? Médecins des villes ? Médecins du Corps hospitalier ?

Pourquoi ceux-ci plutôt que ceux-là ?

Et puis vraiment chacune de ces catégories était trop importante.....

Pourquoi pas les médecins de montagne ? et c'est ainsi que la décision fut prise d'accorder la carte T aux médecins exerçant à plus de 2.000 mètres d'altitude !

Gageons que les nouveaux attributaires ne seront pas légion !

Le ravitaillement s'est fort adroitement tiré d'affaire, mais ne s'est-il pas un peu gaussé du Corps médical ?

Sollicitude de façade que celle marquée aux praticiens qui pourraient avoir tenu la gageure d'exercer la médecine là où les edelweiss eux-mêmes se sont refusés à vivre !

***

Il est dans les Assurances sociales des institutions qui expriment hautement et publiquement leur « volonté de puissance ».

Il en est d'autres par contre d'une grande modestie, dont toute l'ambition semble être qu'on les ignore. C'est parmi ces dernières que nous rangerons *l'assurance sociale agricole.*

Rares sont ceux qui connaissent la loi du 5 avril 1941, et le décret du 28 juin 1941 abrogeant en prin-

cipe le régime concernant les Assurances sociales dans les professions agricoles, et créant de toutes pièces un *régime particulier* dépendant du seul Ministre de l'Agriculture.

C'est pourquoi de nombreux praticiens s'étonnent naïvement de voir rester lettre morte les maigres améliorations promises en matière de prestation en nature.

Leurs clients dépendent en effet, pour la plus grande partie, de Caisses agricoles qui échappent à la loi du 29 mai 1941 et ne sont point encore au tarif de réassurance devenu, comme chacun sait, tarif minimum.

Un texte de loi en date du 17 mars 1942 est bien venu apporter quelques retouches au régime, à la fois retardataire et nébuleux, de l'assurance agricole. Entre autres choses, il a uniformisé à 20 % le ticket modérateur, relevé les tarifs d'hospitalisation des assurés assistés, permis le relèvement des indemnités journalières et des primes d'allaitement. Mais il *a exclu formellement* de son champ d'application les *tarifs de remboursement* des honoraires médicaux.

Pourquoi limiter aux seules professions du commerce et de l'industrie les efforts d'amélioration de l'Assurance sociale, alors qu'il n'est un mystère pour personne que les professions agricoles connaissent monétairement une prospérité nouvelle ?

Pourquoi surtout maintenir le salarié agricole dans un statut mineur, au moment même où l'on parle de retour à la terre ?

Il serait préférable à notre sens d'y fixer ceux qui s'y trouvent déjà et le niveau de leur condition sociale ne nous semble pas à cet égard un élément de faible poids.

Il faut croyons-nous jeter quelque lumière, braquer quelques phares sur les Assurances agricoles, trop modestes organismes, trop peu conscients de l'importance de leur rôle, dans l'espoir que le Conseil supérieur de l'Ordre et la Santé voudront bien les convaincre de relever un peu la tête..... et les tarifs !

***

Ce n'est pas commettre une indiscrétion que de dévoiler dès maintenant que les milieux officiels étudient sérieusement les remèdes à apporter au régime actuel des allocations familiales.

Le but recherché sera évidemment d'alléger dans toute la mesure du possible et de proportionner plus équitablement les charges que constitue à l'heure actuelle pour les médecins, le paiement des cotisations de compensation.

Les pourparlers permettraient, s'ils aboutissent, d'arriver aux résultats suivants :

— Exonération des médecins âgés.

— Diminution du taux moyen de la cotisation par l'octroi de subventions temporaires ou renouvelables de l'Etat ainsi que par la mise en application immédiate de la sur-compensation qui jouera, nous l'avons déjà écrit, en faveur de la caisse médicale.

— Enfin aménagement des cotisations qui ne seront plus basées sur le salaire départemental moyen (par trop arbitraire) mais sur les possibilités de chacun.

Souhaitons que de si bonnes intentions ne soient pas stérilisées en chemin.

Les médecins sauront témoigner leur reconnaissance à l'autorité qui obtiendra la réalisation de ces réformes.

o o o

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA SANTÉ PUBLIQUE ET L'HYGIÈNE DE L'HABITATION

LA TACHE DE L'URBANISME

Le ministère de la Santé et M. le Professeur Besançon ont inauguré une nouvelle campagne contre la tuberculose. Ils s'accordent pour donner dans cette lutte une place prépondérante à l'hygiène et tout particulièrement à l'hygiène de l'habitation.

Nous avons été toujours de cet avis. Si la tuberculose est en régression dans notre pays, c'est que, comme toutes les maladies transmissibles et dans des proportions analogues, elle recule devant les progrès sensibles de l'hygiène, de l'habitation, de l'alimentation, et très peu du fait des mesures spécifiques prises contre le fléau. Ces dernières ont occasionné des centaines de millions de dépenses peu efficaces, pour ne pas dire peu utiles. Il serait intéressant de comparer sur un graphique la marche décroissante de la mortalité tuberculeuse avec celle des autres maladies transmissibles, au cours de ces vingt dernières années.

La résistance du terrain à l'invasion et au développement du microbe qui est accrue par l'hygiène, importe plus que la diffusion plus ou moins grande du microbe contre laquelle on ne peut sinon rien, du moins très peu de chose.

Nous ne saurions trop recommander la mise en pratique des conseils que M. le Professeur agrégé, P. Delore, chargé de mission pour la propagande et l'éducation sanitaires, donne dans un excellent petit ouvrage intitulé : *L'éducation de la santé* (1), où nous lisons ce précepte qui doit être sérieusement médité :

« *Prenez conscience de ce qu'est la santé, de ce qu'elle vaut. Pensez davantage à la santé et moins à la maladie. Ne vivez pas dans* LA CRAINTE CONSTANTE DE LA MALADIE ET DU MICROBE ; *ayez confiance dans la résistance que confère une vie saine.* »

***

Pour avoir une vie saine, il faut vivre dans un milieu sain et ainsi se pose tout d'abord le problème de la salubrité de l'habitation.

Tous les hygiénistes : médecins, architectes, ingénieurs, administrateurs, etc., ont étudié ce problème et l'ont résolu en théorie ; n'empêche qu'en réalité le taudis, l'habitation défectueuse et malsaine, est fréquente non seulement dans les grandes agglomérations, dans les villes anciennes, mais dans les constructions récentes et à la campagne où les précautions les plus sommaires d'hygiène, même de simple propreté, sont violées dans la plupart de nos villages.

Pour les villes, s'il est facile d'appliquer des règles dans l'édification d'une cité nouvelle ou dans la construction d'un quartier neuf, il en est autrement pour assainir une vieille ville. Pour faire disparaître sans trop de dommages les taudis et les îlots insalubres d'une antique cité, le problème se complique considérablement.

Il faut, outre la question hygiénique proprement dite, tenir compte des facteurs financiers et économiques, des facilités de circulation et aussi de l'esthétique, de la sauvegarde des monuments anciens qui ont un intérêt archéologique, historique ou architectural, et respecter les espaces libres, indispensables à la salubrité d'un quartier, etc., etc. Ces facteurs multiples ne sont pas toujours faciles à harmoniser et cette tâche ardue doit être résolue par une science et un art nouveaux, l'*urbanisme*.

Depuis plus d'un siècle à Paris la facilité de la circulation a tenu la première place dans l'aménagement de la cité.

Haussmann, à l'initiative duquel sont dues les grandes artères qui traversent la capitale, avait en vue, tout en détruisant des foyers surpeuplés et malsains, de créer des voies stratégiques rendant la répression des émeutes plus facile. Si l'hygiène de certains quartiers y a indiscutablement gagné en aération, la manie de l'alignement et des perspectives, poussée trop loin, a fait sacrifier quelques beaux monuments qu'il aurait été facile de conserver.

En créant le casier sanitaire des maisons de Paris, M. Juillerat, relevant le chiffre et les causes de la mortalité, a pu contribuer à délimiter dans Paris des îlots insalubres que l'Administration municipale s'efforce de faire disparaître progressivement, au fur et à mesure des possibilités budgétaires. Mais, dans cette besogne d'assainissement, il convient de lutter contre les méfaits de la spéculation. Combien de chefs d'œuvre d'architecture de la Renaissance, des XVIIe et XVIIIe siècles ont été victimes du pic aveugle des démolisseurs pour permettre d'élever des bâtisses informes et dont la hauteur fait tache au milieu des constructions d'un quartier ? Les spéculateurs qui font construire ces maisons, n'ont aucun souci de leur salubrité. Leur unique préoccupation est le nombre des appartements qu'ils pourront louer. Certaines de ces maisons sont mal construites, avec des matériaux de qualité inférieure et deviendront avant peu de véritables taudis. Nous avons échappé, du moins

à Paris, à la calamité des gratte-ciels qui sont universellement condamnés, même en Amérique où ils ont pris naissance. Combien d'espaces libres ont été aussi supprimés au cœur même de Paris pour faire place à des constructions de rapport ?

Les espaces libres existent encore dans les antiques cités et l'architecte peut avec un peu d'ingéniosité sauvegarder la plupart d'entre eux.

A Paris par exemple, les hôtels des XVIIe et XVIIIe siècles étaient construits entre cour et jardin et ces jardins étaient souvent de véritables parcs. On sera surpris, si l'on examine une photographie prise en avion d'un vieux quartier de Paris, des espaces libres qui existent encore.

Certains ont été transformés en cours ou ont été couverts de constructions légères (ateliers, garages, magasins, etc.) qu'il serait facile de récupérer à peu de frais.

A la *Commission du Vieux Paris*, M. Léon MIROT dans un rapport très documenté sur le Séminaire des *Missions étrangères*, situé au coin de la rue du Bac et de la rue de Babylone, a fait la description des magnifiques jardins de cet établissement qui, avoisinant les parcs et jardins de vieux hôtels voisins, feraient un square très étendu qu'on pourrait sous certaines conditions ouvrir au public.

M. Mario ROQUES, à la même Commission, étudiant l'îlot insalubre entre la rue de Blainville et la rue du Pot-de-Fer au début de la rue Mouffetard, îlot qui doit être démoli sous peu, a émis l'idée d'y transformer la cour de l'ancienne caserne des Gardes françaises, qui actuellement est couverte de constructions basses et très légères, en jardin public entouré de maisons saines et plaisantes entre la rue et le jardin, en réservant de larges voies d'accès au public.

Il n'est pas douteux que la salubrité de ce quartier y gagnerait beaucoup et que la santé des enfants, qui pourraient facilement y séjourner et y jouer en toute sécurité, en tirerait un profit appréciable.

Somme toute, le premier souci de l'urbaniste-architecte, digne de ce nom, serait de sauvegarder les monuments des siècles passés et de ne jamais sacrifier les espaces libres. Il pourrait prendre exemple sur la ville de Rome dont les ruines de l'antique Cité ont été pieusement conservées et mises en valeur et dont l'extension, nécessitée par la grande augmentation de la population, a été reportée à la périphérie où les architectes pouvaient donner libre cours à leur fantaisie, tout en respectant les règles de l'hygiène et de l'esthétique.

Il convient de suivre les conseils de Camillo SITTE qui a écrit dans son livre : *Art de bâtir les villes* : « Il faut sauver, autant que possible, ce qui reste des cités anciennes et rapprocher nos créations toujours davantage de l'idéal des modèles antiques (1). »

Le colonel ICRE, un américain, écrit dans *Urbanisme*, parlant des constructions nouvelles en France : « Il faudra évidemment prévoir une sauvegarde esthétique des monuments historiques : l'histoire de France mérite bien une telle attention (1) ».

C'est qu'à côté de la santé physique, il y a la santé morale du peuple. Les beaux monuments anciens et les souvenirs historiques sont l'âme de la Cité et, par le maintien des saines traditions des siècles passés, contribuent puissamment à cette santé morale qu'il ne faut pas non plus négliger.

J. NOIR.

On vient de clôturer à Paris une *Exposition d'urbanisme* où une succession de plans montre les transformations de la capitale, d'autres villes et des projets de modifications et d'améliorations. Il convient de veiller à ce qu'urbanisme ne devienne pas synonyme de spéculation, ce qui est arrivé malheureusement assez fréquemment.

J. N.

LA RESPONSABILITÉ DU CORPS MÉDICAL DES HOPITAUX

Par Me Bernard AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation

Le 28 janvier 1942, dans une affaire à propos de laquelle le Conseil d'Etat avait déclaré, le 12 mars 1937, qu'un service chirurgical d'hôpital n'avait commis aucune faute, la Cour de Cassation a rejeté le pourvoi formé contre un arrêt de la Cour de Bordeaux du 21 février 1938 qui avait condamné le chirurgien-chef de ce même service, à indemniser un malade du préjudice causé par des fautes de ce chirurgien. Les deux plus hautes juridictions de notre pays *paraissent* ainsi se contredire ; il convient donc de rechercher — brièvement, car la place, aujourd'hui est cruellement mesurée — quels sont les principes qui gouvernent en pareil cas, la responsabilité médicale.

Qu'il soit tenu de donner tout son temps à l'hôpital, ou, au contraire, qu'il ne doive à ce dernier, comme c'est le cas général, que le temps nécessaire à l'examen des malades pauvres et aux opérations dont ils ont besoin, le médecin ou chirurgien, chef de service ou suppléant, a ceci de particulier qu'il se meut sur un plan où l'administration ne peut pas le suivre. Lui seul peut décider des soins à donner ; lui seul peut les donner ; sans lui, l'administration est impuissante. En sorte qu'un service hospitalier com-

(1) Cité par G. et A. DANIEL dans leur très important ouvrage : *Arts et Techniques de la Santé*. T. II : Les Cités futures.

porte deux branches parallèles, ne se compénétrant pas : le service de l'hospitalisation, laissé à l'administration ; le service des soins qui, pour l'essentiel, dépend exclusivement du médecin, l'exécution matérielle des prescriptions de celui-ci étant toutefois assurée, sous son contrôle, par le personnel de l'établissement.

Il suit de là un partage de responsabilité entre l'hôpital et le médecin, suivant l'origine de la faute.

Celle-ci a-t-elle sa cause dans la partie administrative du service : mauvaise qualité de la nourriture, défaut de chauffage des locaux, infirmières négligentes ou insouciantes qui n'obéissent pas aux ordres du médecin ou ne font qu'un simulacre d'obéissance, n'emploient pas de produits de pansements stérilisées (mauvaise disposition des locaux ou insuffisance du personnel) ? c'est l'hôpital qui est responsable et lui seul. (Voir par exemple, en ce sens, un arrêté du Conseil de Préfecture de Caen du 28 février 1939, Pingault c. Hospices de Flers : il s'agissait d'un opéré qui, par suite d'un défaut de surveillance, s'était jeté par la fenêtre et s'était tué. Cet arrêté est déféré au Conseil d'Etat).

La faute a-t-elle au contraire été commise par le médecin lui-même ; est-elle une faute professionnelle d'ordre exclusivement médical ? c'est le médecin, et le médecin seul, qui sera responsable, dans les termes du droit commun. L'hôpital ne pourra être mis en cause que dans le cas de faute *grave* du service chirurgical ou médical (arrêtés du Conseil d'Etat du 12 mars 1937, Teyssier, précité ; et du 2 mai 1938, hospices civils de Marseille). Il n'est pas très aisé de définir ce qu'il faut entendre par faute grave du service chirurgical ou médical ; le Conseil d'Etat a pris garde de ne pas développer sa pensée... A mon sens, cela doit viser à côté des fautes administratives dont j'ai parlé plus haut, des fautes plus graves, telles que la nomination et le maintien en fonctions d'un chirurgien notoirement incapable, ivrogne ou dépourvu de conscience professionnelle, ou un état de désorganisation tel que les fautes du médecin ne font que s'insérer dans un ensemble de fautes du service, ne sont que la conséquence de cet état de désorganisation.

Le médecin, le chirurgien, ne sera responsable que de ses fautes *directes* et *personnelles*.

Il n'intervient pas de contrat entre lui et les pensionnaires de l'hôpital. Si, par le fait même de l'acceptation de ses fonctions, il est tenu de leur donner ses soins, cette obligation est limitée à l'aide opératoire lui-même, à ce qui ressort strictement de l'exercice de son art. Ce qui ressort, ensuite, de ses auxiliaires (infirmières, filles de salle, infirmiers), il n'en répondra pas.

Ce personnel auxiliaire n'est pas *son* personnel et ne dépend de lui que très indirectement. Si donc un opéré est brûlé par une bouillotte placée trop chaude dans son lit, est empoisonné par un cachet toxique administré par erreur au lieu d'un cachet d'aspirine par exemple, le médecin n'en répondra pas, contrairement à ce qui se fût passé pour un semblable accident survenu dans une clinique privée (V. Trib. civ. Reims, 6 mars 1936, Logissart c. Chappaz. *Gaz. Pal.*, 12 novembre 1936 ; Pau, 16 mai 1934, Archives du « Sou Médical »). Mais il pourra être mis en cause si, avisé de la brûlure, il n'a pas prescrit les soins nécessaires pour en pallier les conséquences.

L'action contre l'hôpital doit être portée devant le Conseil de Préfecture en premier ressort, devant le Conseil d'Etat en appel ; l'action contre le médecin est de la compétence des tribunaux judiciaires ; c'est une action civile ordinaire (Paris, 18 novembre 1933, *Gaz. trib.*, 13 décembre 1933 ; Cass. Req., 30 novembre 1938, D. 39.1.49).

Il n'y a donc pas de contradiction entre la jurisprudence de la Cour de Cassation et la jurisprudence du Conseil d'Etat. La Cour et le Conseil ne se placent pas sur le même terrain, n'apprécient pas les mêmes faits ; il est donc naturel qu'ils n'arrivent pas à la même conclusion.

Ainsi, dans l'espèce qui nous a fourni la matière de ces observations, la faute invoquée par le malade, ancien pensionnaire d'un hôpital, consistait en ceci, que le chirurgien de cet hôpital avait cru pouvoir réduire par ostéo-synthèse une fracture de l'avant-bras pour laquelle un appareil plâtré eût suffi, sans avertir le blessé des risques de cette opération, qui a provoqué des accidents septiques et la gangrène gazeuse, à la suite de quoi, il avait fallu amputer l'avant-bras de l'opéré. Cette faute n'était aucunement imputable aux services de l'hôpital ; elle était le fait personnel du chirurgien. Juge du fonctionnement du service public, le Conseil d'Etat avait donc pu dire qu'aucune faute grave n'était imputable au service chirurgical, tandis que, juge du fait personnel du chirurgien, la Cour de Cassation avait pu dire que le chirurgien avait commis une faute professionnelle. Les deux décisions se concilient fort bien, tout opposées qu'elles apparaissent.

HISTOIRE, CRITIQUE ET RENOUVEAU DES DOGMES

L'acte médical et la place du médecin dans la communauté (I)

Il est banal de dire que nous vivons une révolution, c'est-à-dire un total bouleversement de nos valeurs anciennes. Mais qu'a-t-on fait jusqu'à présent dans le domaine médical, sinon plaquer sur un corps inchangé un masque nouveau ? L'Ordre, avons-nous dit maintes fois, manque de doctrine ; il invoque timidement et sans foi celle que les syndicats avaient élaborée et cette absence d'âme n'est point peu peu de chose dans son manque de crédit. Il importe cependant que le Corps médical se cherche et se trouve cette âme qui lui permette de parler haut, conscient de sa mission dans la communauté moderne.

Suffira-t-il à cet égard de clamer bien fort les quatre règles d'or, qu'il est convenu d'appeler la charte médicale : *libre choix, entente directe, liberté de traitement, secret professionnel* ? Nous ne le pensons pas. Ces quatre règles sont quatre libertés, quatre moyens d'indépendance individuelle, quatre répétitions du caractère *libéral* de la profession, et nous avons vu ce que ce terme même avait de dépassé dans l'ère qui s'ouvre devant nous.

Il faut dépouiller le « vieux médecin » comme le « vieil homme » et relire objectivement l'histoire de la profession. Alors s'impose aux yeux le fait sui-

vant : ce que tous, de bonne foi, croient être une tradition millénaire surgie de la nature même des choses, apparaît en dernière analyse comme le fruit temporaire d'une époque et de son climat. Et cette époque n'a point duré un siècle et demi ; elle constitue comme une zone d'exception dans le cours des temps. La médecine libérale est un aspect particulier du libéralisme ; c'est un truisme, mais non un lieu commun. Un exemple, mais combien symbolique : les mots de libre-choix, ou plutôt de liberté de confiance, ne furent employées pour la première fois que vers la fin du siècle dernier. Ils n'acquirent droit de cité que lors du Congrès des praticiens de 1905 et la justification philosophique qui en fut donnée était un pur commentaire de la Déclaration des Droits, tout imprégné encore de la pensée de Rousseau. Et ce n'est point sans un malicieux plaisir, cette découverte faite, que nous voyons brandir ce drapeau par ceux-là même qui se réclament des doctrines les plus contraires à cette pensée !

Que l'on nous comprenne bien : il ne s'agit pas de brûler aujourd'hui ce que nous avons, non seulement adoré, mais encore contribué à faire naître et à défendre. Il s'agit encore moins de démolir et de bâtir à neuf sans fondation dans le passé. Nous prétendons au contraire être plus traditionnaliste que ceux qui se bornent au siècle et demi qui les a précédés, car notre ambition est de chercher dans l'histoire de la profession et dans l'étude de l'homme ce que la médecine contient de permanent à travers les siècles. Ce permanent, cette essence nous voulons les dépouiller de leur aspect temporaire, aujourd'hui encore figé dans des mots périmés, afin de permettre à la médecine, d'elle-même, par une poussée interne, comme une belle plante qui refleurit, de prendre la forme qu'exigeront d'elle les temps nouveaux.

La révision, le rajeunissement des quatre dogmes fondamentaux s'impose donc. L'effort de doctrine que nos pères avaient fait au début de ce siècle et sur lequel ils ont vécu jusqu'à maintenant, il nous incombe à notre tour de le tenter. C'est là travail de jeunes qu'il faut joyeusement entreprendre. Mais tout d'abord, il faut creuser et recreuser cette notion de base autour de laquelle s'organisera toute la médecine : l'*acte médical* et son corollaire, *la place du médecin dans la communauté.*

* * *

Parce que nous craignons par-dessus tout les nuages de la métaphysique et que nous pensons que le meilleur moyen de connaître l'homme est encore de le regarder vivre, nous avons donc voulu retrouver dans l'histoire de la médecine les éléments de continuité et les principes d'une évolution dont nous pourrons ensuite extrapoler les cycles successifs.

Si l'on admet le postulat des civilisations dites primitives dans le double sens hiérarchique et historique, il nous est permis d'avancer que la médecine a débuté par la forme *démoniaque* et le médecin par le *sorcier.* C'est là, quoiqu'on en pense, une origine dont il n'y a point lieu de rougir : le sorcier est un être *sacré* qui possède la redoutable qualité d'être en contact avec les dieux, et d'agir ainsi sur les forces démoniaques, causes des maladies, qu'il faut chasser de l'âme du patient. *Religion et médecine* apparaissent ainsi comme indissolublement liées : il s'agit de défendre l'espèce contre le mal. L'acte médical est le fait d'une classe sacerdotale, formant une caste séparée, liée par des rites spéciaux et notamment des rites d'initiation. Toutefois dès l'origine, la médecine n'est point uniquement animiste ; elle présente aussi un caractère *magique* et *empirique* ; qu'est-ce d'ailleurs que la magie, sinon la mise du sacré au service de l'homme ? Tout un noyau d'expériences se crée peu à peu (jeûne, ablutions, potions, plantes), la pratique croît à l'ombre du mysticisme.

Sous une forme plus évoluée, nous retrouvons tous ces traits dans les civilisations les plus anciennes de la *Mésopotamie* (Sumériens, Babyloniens, Assyriens) La médecine est une branche de l'astrologie, science détenue par la caste sacerdotale. Peu à peu cependant une caste de professionnels ayant rang de prêtre se forme, et la loi réglemente ses honoraires et sa responsabilité. Mais la médecine reste étroitement liée au culte et les prescriptions de l'hygiène sont revêtues d'un caractère sacré.

L'évolution de la *médecine égyptienne* s'étend sur plusieurs millénaires, et subit diverses influences : empirique et réaliste dans sa partie africaine, mystique et sacerdotale au contact de l'Orient. Le Dieu de la santé, chose curieuse est Imhotep, ministre et médecin du roi Zoser. Détachée de la religion, la médecine est aux mains d'une caste puissante ayant titres, faveurs et privilèges sacerdotaux. Les Ecoles médicales s'abritent auprès des temples. Héliopolis était peut être au reste un grand sanatorium. Cette caste conquiert peu à peu avec son autonomie l'administration de la Santé publique ; elle forme une aristocratie d'hommes experts dans l'art, le corps pur et l'âme éclairée.

Curieuse parce que typique est la conception de la médecine chez les *peuples d'Israël* : en vertu du principe théocratique, la maladie c'est le mal, la punition. La divinité a seul pouvoir de guérir. « C'est moi seul le Seigneur qui suis ton médecin ». La guérison demande avant tout la foi, et la santé exige la pureté du corps et de l'âme, ainsi qu'une observance stricte de la loi religieuse dont la législation sanitaire fait partie. D'où la concentration de la médecine aux mains des prêtres, et l'apparition parallèle mais combattue d'empiriques et de sorciers.

Arrêtons-nous plus longuement au développement de la *médecine grecque* car, comme il en va en d'autres domaines, nous y trouvons un apport nouveau sur lequel nous vivons encore. Dès les origines vivent côte à côte médecine profane aux mains d'empiriques de profession et médecine sacerdotale. Hygie protège la vie et Asklepios fait des miracles en Epidaure où s'élève son temple. Ces cures miraculeuses paraissent d'ailleurs tenir à la fois des cures climatiques, et d'eaux minérales. L'esprit critique des Grecs (Aristophane) ne manque pas de s'attaquer aux côtés charlatanesques de la médecine mystique et permet la croissance de la science profane. Des écoles médicales se fondent sous l'influence des philosophes, qui nous donnent, avec Hippocrate, une nouvelle conception du médecin. Ce dernier « considère toujours comme *sacrée* sa vie et son art », la médecine conserve un caractère hiératique exigeant une initiation (le serment), mais elle se tourne vers l'observation de la nature et du malade. En allant vers la vie, en deve-

nant scientifique, elle conquiert son indépendance sur la classe sacerdotale. Plus de médecins prophètes, dépositaires de secrets divins, mais la connaissance logique de la nature et de soi-même, l'amour de l'art associé à l'amour de l'homme. Une merveilleuse synthèse de l'empirique et du prêtre surgit devant nous : le *médecin philosophe*, semblable aux Dieux.

Rome créera elle aussi un nouveau type de médecin, et ce qui est plus curieux encore, elle le fera lentement naître du néant. Durant toute l'époque des Rois et de la République, la médecine est essentiellement théurgique ; son exercice incombe en fait au *pater familias*, il n'y a point de médecins. Les praticiens viennent peu à peu de Grèce, ce sont des charlatans, des esclaves, de toute manière des métèques méprisés du citoyen romain ; une telle profession est indigne de lui. La fonction s'élève, d'illustres praticiens s'enrichissent, pénètrent dans la société romaine, les esclaves s'affranchissent, le médecin un siècle avant Jésus-Christ acquiert le droit de citoyenneté. Celse et Pline sont de famille patricienne. Galien enfin, quoiqu'étranger porte très haut à Rome la réputation de la médecine. Au IIIe siècle, Julien organise la profession. Il crée les *archiâtres*, responsables dans leur secteur de la *salus publica*, conseils écoutés des municipes et du Gouvernement, qui ne tardent guère à prendre part à l'administration politique et à être élevés au sommet de l'échelle sociale. Le médecin philosophe est devenu *politique* au sens le plus élevé du terme.

(*A suivre*). Jean MIGNON.

O O O

LA JUSTICE PROFESSIONNELLE DOIT ÊTRE GRATUITE

La question s'est posée récemment dans toute sa rigueur : un médecin voit se déclencher contre lui les foudres du contrôle technique des Assurances sociales à la suite d'un *lapsus calami* facilement explicable. On s'explique donc, le Conseil de l'Ordre acquitte... et présente ensuite au malheureux justiciable une note de 500 francs. C'est cher pour un mois de soucis et de démarches, alors que l'on se sait blanc de tous reproches.

Consultés sur l'obligation de payer, nous n'hésitons pas à répondre par la négative de la manière la plus formelle. Et nous sommes heureux que cet incident nous permette d'accrocher le problème.

Il s'était déjà posé, en matière d'Assurances sociales justement, avant la loi du 7 octobre 1940 créant l'Ordre des médecins. On sait qu'alors les Syndicats tenaient de la loi sur les Assurances sociales une fonction juridictionnelle corporative, puisque tous les médecins donnant leurs soins aux assurés relevaient de la compétence de leurs Conseils de famille. Ces Conseils ne pouvaient fonctionner sans engager des dépenses, et il semblait injuste d'en faire supporter le poids aux seuls syndiqués. La tendance était donc de faire payer les juges par les justiciables. Mais le système était boiteux, et le meilleur remède, certains l'avaient déjà entrevu, eût été d'imposer dans les conventions syndicats-Caisses, l'obligation aux médecins soignant les assurés sociaux de verser aux syndicats une cotisation pour couverture des frais de contrôle technique. C'était en réalité, par un détour, tendre vers le Syndicat obligatoire, c'est-à-dire la Corporation.

***

Depuis la création de l'Ordre, la question est tout autre. Nous sortons du domaine du droit privé des conventions pour entrer dans celui du droit public.

Malgré le désir que nous en avons, il nous est impossible de citer aucun texte en la matière. Les lois et décrets sont muets et nous le regrettons. Force nous est donc de recourir aux principes généraux. Mais nous allons voir qu'ils suffisent.

Parmi les règles de droit constitutionnel coutumiers que nous avons hérité de la Révolution française, il en est une particulièrement incontestée et sur laquelle la Révolution nationale n'a point, que l'on sache, l'intention de revenir, c'est celle de la *gratuité de la justice*. L'Etat a pour fonction de rendre la justice, il doit des juges aux justiciables, et c'est à lui seul de les payer.

Si cette règle s'impose à l'Etat, on ne voit pas en quoi les corporations ou les professions organisées pourraient s'en dispenser. Les Conseils de l'Ordre tirent leur pouvoir juridictionnel, non point de leur propre autorité, mais bien de la loi, expression de la volonté de l'Etat. Etablissement public, l'Ordre est juridiquement un démembrement de l'Administration. Il se doit d'en respecter les principes de base.

Pourquoi, par ailleurs, l'Ordre a-t-il légalement le droit de percevoir des cotisations sur ses ressortissants, sinon parce que ces cotisations sont pour lui les moyens financiers nécessaires à l'exécution de sa mission ? Et quelle mission l'Ordre doit-il remplir en premier lieu, à quel objet doit-il consacrer dès l'abord ses ressources, si ce n'est à rendre la justice au sein de la profession ?

Donc les juges, les membres du Conseil, les rapporteurs, s'ils doivent être indemnisés de leurs frais, et honorés pour leur travail, ne peuvent tenir cette indemnité, cet honoraire, que de l'Ordre lui-même, riche de ses seules cotisations et des biens des Syndicats dissous. Le *justiciable ne peut en aucune manière en être rendu débiteur.*

***

Et pourtant, nous dira-t-on. vous nous la baillez belle avec votre justice gratuite. Chacun sait, qui a eu à faire aux tribunaux, que les frais et dépens sont une réalité parfois fort lourde. Pourquoi n'en irait-il pas de même en matière de justice disciplinaire ?

C'est que les frais de justice ne payent point les juges mais seulement les *auxiliaires de la justice*, avoués, avocats, dont le ministère est généralement obligatoire en droit commun, seulement facultatif d'ailleurs devant les tribunaux corporatifs. Ainsi qu'on l'a dit plaisamment, la justice est gratuite, mais les *moyens d'y parvenir ne le sont pas*. Chaque partie, dès lors qu'elle ne défend pas elle-même sa cause, doit exposer des frais pour faire valoir ses droits. Dans le mesure où ces frais sont normaux, il est équitable que le tribunal mette à la charge de la partie perdante l'ensemble de ces dépens à titre d'indemnité.

Dans cette mesure seulement un Conseil de l'Ordre serait en droit de prononcer contre un justiciable une condamnation aux dépens. Mais on ne voit point comment, dans l'organisation actuelle de la justice disciplinaire médicale, une telle hypothèse pourrait se produire, puisque la loi du 7 octobre ne prévoit point la constitution de partie civile, une action ne pouvant être intentée qu'à la requête d'un membre du Conseil, ou sur injonction du Ministre.

Nous conclurons donc que le justiciable des Conseils de l'Ordre n'a, en définitive, à supporter que *les seuls frais que sa défense exige.*

Jean MIGNON.

CORRESPONDANCE

2.668. — Accident du travail — Hospitalisation — Recouvrement des honoraires

Les Hospices de T... ne peuvent percevoir, pour leur Corps médical, au titre des accidents du travail, les honoraires légaux, fixés par la loi de 1938, et ce, sous le prétexte que le règlement (prévu) d'administration publique n'a pas paru.

Le Préfet oppose un refus aux hospices. En conséquence, nous refusons de faire les certificats et les paperasses aux accidentés du travail. Ne recevant pas d'honoraires (et contrairement à la loi non appliquée) nous ne saurions avoir l'obligation de faire ces papiers, et nous nous refusons à rsconnaître, officiellement, la qualité d'accidenté du travail à tel ou tel malade du service. Une Compagnie nous a menacés de saisir de notre refus le Procureur de l'Etat français. Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins, après m'avoir approuvé, ne me soutient plus, et me blâme.

Je voudrais savoir si on peut nous obliger à subir les charges d'une loi dont on nous refuse les avantages.

Nous ne sommes pas payés au titre de la loi de 1938. Peut-on nous astreindre à remplir les formalités imposées aux praticiens qui acceptent de soigner les accidentés du travail ? et qui sont payés ? Peut-on appliquer une loi à moitié ? et seulement en ce qui concerne les corvées de plume qu'elle impose en refusant de l'appliquer quant à nos justes honoraires ?

Telle est la situation de plusieurs de mes collègues et la mienne... Dans certains cas, pour ne pas nuire aux blessés, je leur donne des certificats sur timbre et à titre gracieux, jamais sur papier libre, au titre de la loi de 1898-1938.

Que faire ?

Prof. G. M.

Réponse

Nous ne voyons pas sur quoi peuvent se fonder les hospices pour refuser la perception de vos honoraires dans cette hypothèse.

En effet, la loi du 1er *juillet* 1938 *réformant le régime des accidents du travail est effectivement en vigueur déjà depuis longtemps.*

Aux termes de son article 31 :

« *La présente loi sera applicable dans un délai de six* « *mois après sa promulgation et les décrets qu'elle pré-* « *voit devront être rendus au moins trois mois avant sa* « *mise en vigueur, laquelle coïncidera avec le premier* « *jour d'un trimestre de l'année civile* ».

Ces décrets ont paru au début du quatrième trimestre de l'année 1938, *et la loi est entrée en vigueur le* 1er *janvier* 1939.

Vous êtes donc parfaitement fondé à invoquer dès maintenant à l'égard de la Commission administrative des hospices et, par son intermédiaire, à l'égard des Compagnies d'assurances et des chefs d'entreprises responsables, les dispositions de l'article 4, *paragraphe* 9 *de la loi du* 9 *avril* 1898 *modifiée, d'après laquelle* :

« *En cas d'hospitalisation dans un établissement* « *public, l'employeur est seul tenu au paiement du prix* « *de journée... et des honoraires médicaux et chirurgi-* « *caux, conformément au tarif des responsabilités patro-* « *nales fixé à l'alinéa* 9 ».

Ce tarif a été établi par un arrêté ministériel en date du 5 *mai* 1939. *Aux termes de l'art.* 30 *de cet arrêté, les honoraires à l'hospice public et en clinique privée,*

incombant aux employeurs, sont soumis aux dispositions générales suivantes :

« Les honoraires de l'acte opératoire et de l'intervention sont les mêmes que ceux prévus pour les soins donnés au domicile ou au cabinet sous les réserves suivantes... » (nous vous renvoyons au texte de l'arrêté en ce qui concerne le paiement des pansements, prix de journée de médecine, paiement des actes de spécialistes).

Le point de savoir si vous êtes en droit de ne point signer les certificats prévus par la loi ne présente donc plus aucun intérêt. Il est certain qu'en l'absence de ces formalités, le médecin perd tous ses droits à honoraires contre le chef d'entreprise ou l'assurance. C'est la seule sanction civile qui puisse être invoquée contre vous. Il n'y a pas de sanction pénale à cet égard.

En conclusion, nous vous conseillons d'éclairer la Commission administrative des hospices sur l'applicabilité de la loi sur les accidents du travail et d'exiger d'elle qu'elle perçoive effectivement pour votre compte, les honoraires médicaux et chirurgicaux qui vous sont dûs d'une manière incontestable.

Aux termes de l'arrêt du Conseil d'Etat en date du 21 *février* 1936 *et de la Circulaire Sellier, c'est à la Commission administrative et à elle seule, qu'il appartient de recouvrer ces honoraires, mais, par ce fait même elle en est débitrice à votre égard, comme constituant un complément de traitement.*

Au cas où elle persisterait dans son attitude négative, il y aurait donc lieu de porter l'affaire devant le Conseil de préfecture qui est compétent pour en connaître puisqu'il s'agit d'un litige individuel entre un établissement public et les agents de cet établissement.

Si la chose était nécessaire, nous ne manquerions pas de vous faire bénéficier pour sa poursuite de l'appui moral et pécuniaire du Sou médical.

7ß5. — **L'inscription d'une malade comme assurée assistée avec rétroactivité à la suite d'une intervention, n'est pas acte régulier et opposable au médecin**

J'ai l'honneur de vous demander une fois de plus un conseil, cette fois au sujet du cas suivant :

Une de mes clientes, femme d'un cantonnier, habitant à 7 kilomètres d'ici, fait une fausse-couche. Comme elle fait de la rétention placentaire je décide de lui faire faire un curetage. Le mari, étant fonctionnaire et ne pensant pas pouvoir obtenir l'assistance de la commune (combinée avec une sorte d'Assurance sociale des Ponts et Chaussées), refuse de faire conduire sa femme à l'hôpital qui se trouve à 27 kilomètres et demande à ce qu'elle soit opérée à domicile. Il est prévenu du coût approximatif de l'intervention. Cette intervention est pratiquée et au moment du règlement des honoraires le mari présente au chirurgien une feuille *d'assuré assisté.* Le chirurgien refuse d'accepter ce mode de règlement et c'est logique : il s'est déplacé de 27 kil. × 2 (sur le verglas) pour une malade payante et il explique que la malade assistée aurait pu être transportée en ambulance et opérée gratuitement. Il exige donc ses honoraires qui lui sont d'ailleurs réglés immédiatement. Il porte sur la feuille Ch K 20 plus déplacement.

Quant à moi, médecin traitant, j'ai pratiqué l'anesthésie, mais n'ai pas réclamé d'honoraires, la malade étant maintenant considérée par moi comme assistée. Je continue à aller voir cette malade pour les suites opératoires qui sont subfébriles et reçois pour chaque visite un bon article 19. Je me déplace à chaque fois de 7 × 2 kilomètres. Dans quelles conditions vais-je pouvoir être réglé de mes visites ? L'anesthésie et les visites consécutives ne font-elles pas partie du tout-compris et la Caisse d'Assurances

sociales ne va-t-elle pas en profiter pour refuser le règlement de mes visites ? D'ailleurs le maire de la commune n'a-t-il pas outrepassé ses droits en accordant l'assistance à un fonctionnaire ?

J'espère que vous voudrez bien me donner votre avis autorisé et, vous remerciant à l'avance, je vous prie de croire à mes sentiments les meilleurs.

Dr P. D.

Réponse

a) *Le chirurgien est venu faire à domicile le curetage d'une femme qui n'était pas à ce moment une assurée assistée. Que le maire de sa commune l'ait inscrite d'urgence ultérieurement, cela ne change rien au fait par rapport au chirurgien qui n'avait même pas à signer quoi que ce soit sur une feuille d'assurée assistée concernant son intervention et son déplacement.*

b) *Quant à vous, vous n'avez pas à réclamer le P C 6 pour « assistance à l'intervention » puisque celle-ci est d'un coefficient inférieur à K 40.*

c) *Vos déplacements successifs ultérieurs, doivent être payés, mais quant aux visites elles-mêmes, si vous acceptez que la malade ait été opérée comme assurée sociale, elles sont, pendant vingt jours, « comprises dans le prix forfaitaire de K 20 ». Vous voyez l'importance qu'il y avait à ne pas signer la feuille d'intervention alors que la malade (ou son entourage) avait appelé « à domicile » un chirurgien, au lieu de se faire transporter à l'hôpital, comme il lui était loisible de le faire pour un curetage — et cela sans prévenir le chirurgien de sa situation d'assurée assistée... qui ne me paraît pas, d'ailleurs, avoir existé lors de son appel, mais a été « constituée ultérieurement avec effet rétroactif de la part du maire, ce qui n'est pas régulier ».*

Dr F. Decourt.

2.686. — Remplacement

Ayant dû cesser l'exercice de la profession pour raison de santé et ayant manifesté à l'Ordre des médecins le désir de faire des remplacements, il m'a été répondu que n'étant plus inscrit à l'Ordre, je n'avais pas le droit de faire des remplacements. Est-ce là une juste interprétation des lois actuelles ? Cela me semble anormal. Car l'inscription à l'Ordre entraîne des frais élevés, cotisation à l'Ordre, cotisation aux allocations familiales, que l'on ne peut consentir dans le vague espoir de faire un remplacement.

Vous seriez bien aimable de m'indiquer votre avis à ce sujet.

Dr B.

Réponse

La législation actuelle sur l'exercice de la médecine exige en effet que toute personne pratiquant cet art soit préalablement inscrite au Tableau de l'Ordre.

Il en est ainsi des praticiens habituels comme de ceux qui ne font qu'effectuer périodiquement des remplacements.

Toutefois, en ce qui concerne les remplaçants, l'inscription au Tableau de l'Ordre est une simple formalité en contre partie de laquelle ils n'ont ni cotisation à acquitter, ni versement à faire aux allocations familiales.

Nous avions justement posé ces derniers temps la question au Conseil supérieur de l'Ordre à l'occasion d'une difficulté qu'un de nos confrères avait rencontrée.

Nous vous conseillons donc de vous adresser une nouvelle fois au Conseil de l'Ordre de votre département en lui précisant que vous ne demandez pas votre inscription définitive au Tableau de l'Ordre, mais que vous l'avisez simplement que vous effectuez pour tel temps le remplacement de tel confrère.

Il est évident que si le remplacement devait être de très longue durée, il serait alors nécessaire de solliciter

votre inscription au Tableau de l'Ordre comme si vous vous installiez.

2.493. — La récupération de l'huile de vidange est-elle possible ?

Possesseur d'une certaine quantité d'huile de vidange de bonne marque (Mobiloïl) — environ 20 litres — ne me serait-il pas possible de régénérer moi-même cette huile par un procédé assez simple, et qui me fournirait, sinon une huile aussi parfaite que celle obtenue par des procédés industriels, du moins une huile suffisamment purifiée pour être utilisée sans crainte dans mon moteur (Simca-Cinq) ; ou même tout simplement pour être mélangée à l'essence pour l'usage de mon vélo-moteur. Dr M. S.

Réponse

Le meilleur procédé pour purifier l'huile usagée de façon à la rendre capable d'une utilisation ultérieure, consiste tout simplement à la décanter d'abord et ensuite à la filtrer.

La décantation se pratique toute seule en emmagasinant l'huile dans un récipient de hauteur la plus grande possible que l'on dispose dans un local où elle est absolument tranquille. Au bout de plusieurs semaines, les impuretés de l'huite sont réunies dans le fond, et en puisant le liquide à la partie supérieure, on a un produit qui est souvent suffisamment pur pour pouvoir être utilisé tel quel.

Le filtrage est bien difficile et exige un appareil à la vérité assez facile à construire, sauf peut-être en ce qui concerne la possibilité d'en trouver actuellement les éléments. On peut faire passer l'huile par gravité à travers deux ou trois épaisseurs d'étoffe à mailles très fines que l'on dispose comme fond d'un récipient où on verse l'huile à filtrer. Un autre récipient recueille en dessous l'huile filtrée.

L'épuration est très lente ; elle est hâtée si l'on peut chauffer l'huile. D'ailleurs, dans la pratique, j'estime que la décantation suffit si elle est bien faite.

Henri PETIT.

2.495. — Peut-on rouler à l'essence avec un moteur agencé pour le gaz de bois ?

Pour éviter la désagréable corvée de la mise en marche du gazogène, serait-il mauvais pour le moteur, pour faire une visite éloignée de 900 mètres au maximum (aller et retour 1.800 mètres), de se servir uniquement de la matrice de secours (elle tient un litre dans ma voiture) et de faire cette distance à l'essence lentement ?

Inutile de me répondre par lettre directement. La voix du journal intéresserait, je crois, tous les lecteurs empoisonnés comme moi par cet ignoble appareil qu'on appelle gazogène. Dr C. J.

Réponse

Il n'y a pas d'inconvénient de principe pour le moteur à faire un court trajet à l'essence à la condition qu'on roule avec admission de gaz très réduite, ceci dans le cas où la compression du moteur a été fortement augmentée. Vous vous apercevrez d'ailleurs que vous donnez au moteur une charge trop forte à l'essence si celui-ci se met à cliqueter.

Le procédé n'a d'autre inconvénient que de consommer de l'essence, bien entendu.

Henri PETIT.

Directeur-Gérant : G. LAVALÉE — Nº d'autorisation : **77** Imp. THIRON & CIE, Clermont (Oise)







A NOS LECTEURS

A la suite de démarches répétées, un régime plus libéral a pu être obtenu en faveur de la presse médicale.

En ce qui concerne le « Concours Médical », *nous sommes heureux d'informer nos lecteurs qu'ils recevront un troisième numéro chaque mois à dater du 1er juillet.*

Le journal paraîtra donc dorénavant les 10, 20 et 30 *du mois.*

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique de la tuberculose.* — Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de *médecin de sanatoriums et de dispensaires* sera fait, à l'hôpital Laennec, dans le service du Professeur Jean Troisier, du 19 octobre au 26 novembre 1942. Droit : 450 francs. Un certain nombre de bourses seront accordées par le Comité national de défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, Paris.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants..................	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Inscriptions à la clinique de la tuberculose, 42, rue de Sèvres (Prof. agrégé Brouet) et au secrétariat de la Faculté.

Ce cours sera suivi du 27 novembre au 17 décembre 1942 d'un cours sur les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose. Droit : 500 francs. Inscriptions à la clinique de la tuberculose (M. Brocard) et au secrétariat de la Faculté. Pour l'ensemble des deux cours, droits réduits à 800 francs.

— *Titularisation.* — M. PIEDELIÈVRE, agrégé de médecine légale, délégué dans les fonctions de chef de travaux, est titularisé à compter du 1er janvier 1942.

— *Concours de clinicat* 1942. — Des concours de clinicat auront lieu du 30 juin au 10 juillet 1942. Renseignements au Secrétariat de la Faculté.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Un *diplôme d'hygiène* et un *diplôme de médecine du travail* ont été créés à la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux.

M. CRUCHET, professeur de clinique médicale des enfants, et M. ANDÉRODIAS, professeur de clinique obstétricale, admis à la retraite pour ancienneté d'âge et de services, ont été maintenus en fonctions jusqu'au 30 septembre 1942.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — Le diplôme d'hygiène de l'Université de Nancy est transformé en *diplôme d'hygiène et de médecine sociale.* A été créé, à cette Université, un *diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail.*

MM. les Professeurs PERRIN et ROBERT sont admis à la retraite pour ancienneté d'âge et de services à compter du 30 septembre 1942.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de médecin des hôpitaux.* — A la suite du *concours de nomination*, ont été nommés médecins des hôpitaux de Paris : MM. Joseph, Mauric et Fouquet.

Concours d'admissibilité (10 places). Classement par rang : MM. R. Even, Lereboullet, Georges Boudin, Benoist, Poumeau-Delille, Netter, Brocard, Rambert, Rossier, Poumailloux.

Nous sommes heureux d'adresser nos plus vives félicitations à notre collaborateur et ami, le Docteur Georges Boudin, classé troisième à son second concours d'admissibilité.

— *Concours de chirurgien des hôpitaux.* — A la suite du concours de nomination, ont été nommés chirurgiens des hôpitaux de Paris : MM. Cordier, Petit et Boudreaux.

— *Concours d'accoucheur des hôpitaux.* — Sont admissibles (concours d'admissibilité) : MM. Merger, Varangot, Morin.

— **Paris.** *Assistance médicale gratuite.* — Sont nommés médecins de l'assistance médicale gratuite, à la suite du récent concours : MM. les Docteurs Vialatte, Mongardien, Mlle Montalant, Nel, Fouquet, Mlle Soudant, Barnier, Cuzin, Mlle Plassat.

— **Bureau d'hygiène de Grasse.** *Poste de directeur.* — Les candidatures à ce poste peuvent être présentées à M. le Maire de Grasse (A.-M.), jusqu'au 30 juin 1942.

— **Insuline.** — Le sentiment optimiste qui résulte de la causerie de M. Thépenier, rapportée dans notre numéro du 31 mai, ne paraît pas encore devoir être partagé partout. Il semble que la zone non-occupée bénéficie d'une situation meilleure que la zone occupée. Il faudra encore un long délai pour que les efforts méritoires des producteurs français aboutissent au rétablissement d'une situation normale.

Un centre régional de répartition de l'insuline vient d'entrer en fonctionnement à Nancy sous la direction des Professeurs Maurice Perrin, Caussade et Drouet.

Un autre centre fonctionne pour la région de Besançon sous la direction du Professeur Ledoux et du Docteur Gomet.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Brigitte Lefort, troisième fille du Docteur Lefort (Ruffec, 1er mai 1942) ; de Jean-Gil Declercq, fils du Docteur G. Declercq (Carvin, Pas-de-Calais, 32, rue du Centre, 30 mai 1942).

— **Mariage.** — On annonce le mariage, en l'Eglise Saint-Sulpice, dans la plus stricte intimité, de notre collaborateur le Docteur Gérard de Parrel, Officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre, avec Madame Suzanne Deplanck-Lavoisier (Louise Matha), Fondatrice-directrice générale des Centres sociaux de rééducation, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Institut.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Eymery, de Blaye (Gironde) ; du Docteur Sidaine, de Bordeaux ; du Docteur Doubrere, de La Brède (Gironde) ; du Docteur Léon Dubar, ophtalmologiste, décédé à Neuilly-sur-Seine, à l'âge de 72 ans. Il était le père du Docteur Jean Dubar, de Boulogne-sur-Seine, chef de laboratoire d'ophtalmologie à la Faculté ; du Docteur Blaire, de Montdidier (Somme) ; de Madame Raymond Davous, née Aline-Irène Picandet, Docteur en médecine, femme du Docteur Raymond Davous, décédée le 20 mai 1942, à l'âge de 36 ans, à Boulogne-sur-Seine (Seine).

LES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Traitement de la lèpre par le sulfamide

(M. V. CHORINE. — Présentation par M. FOURNEAU ; 17-2-1942)

M. Chorine a obtenu un bon résultat en traitant un malade atteint de lèpre par des injections faites directement dans les lépromes avec une solution à 13 p. 100 de para-amino-sulfamide, solution préparée par Mme Tréfouël. La technique utilisée est la même que pour les injections intra-dermiques d'huile de Chaulmoogra. La réaction est assez vive.

Utilisé par voie digestive, le sulfamide n'avait donné aucun résultat. L'injection directe dans les lipomes permet une forte concentration au voisinage du bacille de Hansen.

Des applications locales de sulfamide sur un mal perforant plantaire surinfecté, chez un lépreux, ont amené une cicatrisation rapide de la lésion.

Les maladies vénériennes aux armées pendant la campagne 1939-1940

(MM. LIÉGEOIS, AUJALEU et SOHIER. — Présentation par M. ROUVILLOIS ; 17-2-1942)

La statistique des auteurs note un contraste entre la forte morbidité vénérienne de la guerre de 1914-1918 et la faible morbidité vénérienne de la guerre 1939-1940. L'expérience de la précédente guerre a permis d'appliquer des mesures de prophylaxie qui se sont montrées efficaces.

— M. GOUGEROT signale le rôle néfaste de l'arrière et de la prostitution clandestine.

Le lait anonyme et le lait de qualité

(M. G. THIEULIN ; 3-3-1942)

Les étables suburbaines de la Seine, qui sont soumises à un contrôle sanitaire strict, fournissent un lait de qualité hygiénique souvent supérieure à celle du lait anonyme venu des autres départements. Leur exploitation serait à encourager et il conviendrait, tout en prenant les mesures nécessaires de sécurité basées sur la pasteurisation effective des laits en général, de permettre une émulation sur la qualité du lait.

L'Ordre des médecins et le secret professionnel

(M. BALTHAZARD ; 3-3-1942)

Il faudrait revacciner systématiquement les détenus

(M. Maurice PERRIN, de Nancy ; 5-5-1942)

Revenant sur les vaccinations anti-varioliques qui ont été faites en très grand nombre pendant les premiers mois de cette année, M. le Professeur Perrin montre que les revaccinations pourraient être très utilement imposées d'une manière systématique dans les prisons, chez les détenus au moment de leur entrée.

L'auteur rappelle qu'il a publié en 1905 la relation d'une épidémie de variole portant sur une vingtaine de cas, dont les deux tiers à la Maison d'arrêt de Nancy. Dans un cas, le malade, libéré en pleine période d'invasion, s'est présenté le surlendemain à l'hôpital. Dans deux autres cas, des prostituées contractèrent la variole à la prison, et disséminèrent le contage en ville et, dans un second foyer, à Nomény.

De tels faits, conclut M. Perrin, prouvent qu'il conviendrait d'imposer aux détenus le vaccination jennerienne systématique (et d'autres vaccinations, parfois, quand les circonstances le comportent) dès leur incarcération.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Septicémie post-abortum à perfringens

(M. MÉTIVET ; 14-1-1942. — M. WELTI ; 21-1-1942)

M. MÉTIVET rapporte un cas mortel d'avortement provoqué. Chez cette malade, l'application d'un faisceau de trois laminaires, faite par l'interne au moment de l'admission de la femme à l'hôpital, semble avoir eu une action aggravante. La malade a succombé malgré une hystérectomie totale rapidement pratiquée.

— M. DESMAREST, dans un cas de septicémie à *perfringens* ayant succédé à un avortement, a obtenu un bon résultat par des injections intra-veineuses de sérum alcoolo-glucosé (2 litres 1/2 de sérum salé contenant 120 grammes de glucose et 48 c. c. d'alcool à 60°) renouvelées trois jours de suite, et jointes à la sérothérapie anti-gangréneuse.

— M. WELTI rappelle les grands symptômes de cette septicémie : l'ictère, l'hémoglobinémie, l'hémoglobinurie, qui traduisent l'hémolyse et constituent le trépied tricolore de Mondor ; ils permettent de poser avec vraisemblance le diagnostic d'infection à *perfringens* (germe à grand pouvoir hémolytique), et cela avant tout contrôle bactériologique. Pour sauver ces malades, il faut intervenir dès les premiers signes d'ictère; compléter alors, s'il y a lieu, un curetage insuffisant par une hystérectomie rapide.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Action du citron sur le syndrome ascitique des cirrhotiques

MM. Léon BINET et P. TANRET (12-12-1941)

Différents auteurs ont insisté depuis plusieurs années sur la notion de carence en vitamines dans l'insuffisance hépatique, en particulier au cours des cirrhoses ; il s'agirait principalement d'acide ascorbique, et ce corps a pris place dans la thérapeutique des cirrhoses, soit qu'on en espère un rôle diurétique, soit qu'on pense à un rôle plus général sur les oxydations cellulaires. Or, il a paru intéressant de remplacer l'acide ascorbique par un de ses produits d'origine naturelle : le jus de citron. Les résultats de cette thérapeutique se sont montrés très encourageants. Dans trois cas, qui se caractérisaient par une ascite cirrhotique importante, qui déjà au cours de plusieurs mois avaient nécessité un certain nombre de ponctions, l'administration quotidienne de deux ou quatre citrons crus, en plus d'extrait hépatique, produisit une action diurétique, à retardement, mais prolongée ; un arrêt, également à retardement, du processus ascitique, et surtout la résorption progressive, inespérée et définitive de l'ascite. Ce fait, noté dans quatre cas, doit être rapproché de la rareté relative de la guérison du processus ascitique. Si ces malades ne présentaient ni syphilis, ni tuberculose, trois autres ont eu des échecs, l'un atteint de syphilis et de cirrhose hypertrophique hémorragique, les deux autres ayant présenté une cirrhose atrophique hémorragique à évolution rapide.

M. L. LAEDERICH apporte trois observations qui confirment les heureux résultats obtenus par les précédents auteurs ; ici la réponse diurétique au traitement a été presque immédiate (5e au 8e jour) ; elle s'est prolongée longtemps après la cessation du médicament.

Il s'agissait de cirrhoses graves, à ascite intarissable depuis des mois, malgré des ponctions répétées, à œdèmes énormes des membres inférieurs, dont aucun des traitements essayés antérieurement n'avait réussi à déterminer la résorption. Mais cet auteur a





également observé des échecs de la méthode. Certes l'acide ascorbique n'agit pas seul ; doit-on invoquer le rôle concomitant d'une autre vitamine P du citron, l'hespéridine.

Les troubles cardiaques neurotoniques, consécutifs aux phlébites ou aux injections sclérosantes dans les varices

M. J. Lenègre (28-11-1941)

Des troubles fonctionnels cardiaques peuvent s'observer au cours et à la suite d'une phlébite, manifeste ou cachée, bref d'une agression veineuse quelconque. Ceux-ci témoignent d'un processus inflammatoire veineux en évolution ; ils sont de nature nerveuse réflexe. Ils réclament, pour éclore, deux conditions : *a*) l'une locale, la lésion veineuse inflammatoire qui sera le prétexte et le point de départ des troubles réflexes, parce qu'il existe des filets et des formations sympathiques dans la périveine (centres intramuraux), ainsi que des terminaison nerveuses dans la mésoveine et l'endoveine ; *b*) l'autre générale, la neurotonie constitutionnelle, qui explique la transmission lointaine de ces troubles réflexes et l'ébranlement du système nerveux cardiaque. Le traitement devra tenir compte de ces deux facteurs, d'une part en bloquant s'il y a lieu les centres réflexogènes (infiltrations novocaïniques de la périveine) ou en infiltrant les ganglions sympathiques lombaires, d'autre part, en calmant par les sédatifs usuels l'hyperexcitabilité nerveuse.

M. A. Ravina insiste sur l'existence de phénomènes fonctionnels, parfois assez pénibles, susceptibles d'apparaître après des injections sclérosantes, aussi bien que péri-variqueuses. Chez deux malades, il s'agissait de varices des membres inférieurs ; chaque injection de salicylate était suivie, dès le lendemain, de douleurs, tachycardie, asthénie, ce qui força dans les deux cas à interrompre le traitement. Une autre malade, qui désirait voir disparaître de fines varicosités bilatérales de la cheville et du dos du pied, présenta, après des injections de quinine-urée faites dans le tissu cellulaire péri-veineux, de petits nodules sous-cutanés s'accompagnant de malaises prolongés. Des incidents assez semblables peuvent se produire aussi après le traitement des hémorroïdes par les injections sclérosantes.

De tels exemples sont d'ailleurs fort rares et ne diminuent nullement la valeur thérapeutique éprouvée des injections sclérosantes. G. F.

Société de médecine de Paris

Séance du 24-1-1942

Traitement des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage : danger de certains procédés

M. Soulas. — Il faut dans presque tous les cas délaisser tout procédé traumatisant (bougies en gomme, œsophagoscopies répétées, électrolyse). Pour recalibrer l'œsophage, on utilisera avec efficacité et sans danger le bougirage par voie rétrograde au moyen de bougies souples extensibles et attelées au fil sans fin.

La fluorescéine, traitement adjuvant possible des artérites

M. Raymond Tournay. — La fluorescéine, qui s'est révélée fréquemment efficace dans certains troubles vasculaires des extrémités, tels que acrocyanoses, engelures, maladie de Raynaud, est-elle susceptible d'être utilisée comme traitement adjuvant dans les artérites ? Les résultats obtenus par l'auteur, s'ils semblent heureux, concernent un nombre de cas beaucoup trop restreint pour qu'il soit possible de l'affirmer. Une expérimentation plus prolongée est désirable.

La Presse.

La maladie du col de la vessie chez l'enfant

Le Professeur LEPOUTRE en rapporte un certain nombre d'observations. Il s'agit là de troubles dysuriques semblables à ceux que provoque l'hypertrophie de la prostate (syndrome de rétention chronique avec distension), troubles dus à des modifications du col vésical sans lésion apparente, et sans que ces troubles puissent être rattachés à des lésions médullaires. Quelle que soit leur pathogénie, ils guérissent par la résection du col. Il semble qu'il s'agisse d'une lésion congénitale, qui d'ailleurs peut être associée à d'autres malformations (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 11 janvier 1942).

Infarctus du myocarde et troubles vaso-moteurs

Dans un tiers environ des cas, écrit le Professeur DONZELOT, les infarctus du myocarde sont indépendants de toute thrombose coronarienne. Mais, qu'il y ait ou non thrombose, les lésions peuvent être les mêmes, c'est-à-dire du type ischémique ou apoplectique. Elles siègent dans les mêmes zones de prédilection. Le syndrome clinique et les modifications des courbes électro-cardiographiques se montrent identiques dans tous les cas.

Trois facteurs peuvent intervenir dans le mécanisme de production des infarctus : le trouble vasomoteur, la thrombose, et le réseau anastomotique, car l'oblitération artérielle ne sera suivie d'infarctus qu'autant que les anastomoses du réseau coronarien n'auront pas eu le temps de se développer suffisamment. Un myocarde prédisposé sera plus facilement lésé qu'un myocarde normal.

D'où il résulte que le traitement devra, avant tout, tendre à éviter tout ce qui peut dérégler brusquement la circulation coronaire et à atténuer l'importance des réactions vaso-motrices. (*La Presse médicale*, 6 janvier 1942).

L'importance des signes oculaires pour reconnaître l'origine post-encéphalique d'un syndrome parkinsonien

Le Prof. DEREUX montre qu'on peut toujours, même dans les cas frustes et dont l'anamnèse est muette (ce qui n'est pas rare), poser le diagnostic étiologique de l'encéphalite épidémique causale, grâce aux signes oculaires résiduels, alors que ceux-ci manquent dans la maladie de Parkinson classique ; dans cette dernière, il y a peu de choses du côté des yeux, en comparaison avec les troubles notés du côté de la face. Dans le Parkinson post-encéphalitique on peut trouver : 1° des crises oculogyres, dont la spécificité est si grande ; 2° des troubles des mouvements associés des yeux (paralysies du regard latéral ou vertical) ; 3° des troubles de la musculature intrinsèque (lenteur de la réponse de la pupille aux excitations et surtout diminution très nette ou abolition de la réaction pupillaire à l'accommodation-convergence) ; 4° des troubles du tonus des paupières.

On peut tenir pour très vraisemblable qu'un parkinsonien n'a jamais eu d'encéphalite s'il ne présente aucun trouble oculaire manifeste ; c'est ainsi que, devant un blessé atteint d'une maladie de Parkinson supposée traumatique, l'existence de troubles oculaires manifestes doit faire rejeter l'hypothèse de l'origine traumatique de cette maladie de Parkinson. (*Paris Médical*, 20 décembre 1941).

O O O

PARTIE SCIENTIFIQUE

COMMENT MENER L'ACCOUCHEMENT CHEZ UNE CARDIAQUE

Par Henri VIGNES

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Accoucheur des hôpitaux de Paris

Bien des femmes, atteintes de lésions orificielles liées à une endocardite rhumatismale, ou d'arythmies liées à des lésions du myocarde, traversent une ou plusieurs grossesses sans nul inconvénient. D'autres y laissent leur vie ou en restent irrémédiablement diminuées.

Ces diverses affections étaient, avant la grossesse, compensées ou décompensées. Il est bien rare qu'une femme, ayant eu des crises antérieures de décompensation, ne fasse pas des accidents au cours de la grossesse. Quant aux lésions jusque-là compensées, elles peuvent ou bien continuer à l'être (et cette éventualité est assez fréquente), ou bien elles peuvent cesser de l'être sous l'influence de diverses causes que nous n'étudierons pas ici. Il arrive que l'on soit amené, du fait de ces accidents, à interrompre la grossesse. Mais c'est un problème que nous n'étudierons pas, non plus, ici.

Supposons, donc, une cardiaque qui est arrivée à terme ou près du terme.

L'accouchement va apporter à cette cardiaque de nouvelles causes d'aggravation : les efforts d'expulsion gênent l'arrivée du sang veineux vers le cœur, chaque contraction douloureuse crée de la tachycardie et de l'hypertension, chaque contraction détruit une certaine quantité de glycogène cardiaque et diminue d'autant la valeur fonctionnelle du myocarde. De ce fait est souvent réalisé un état de surmenage cardiaque. Par ailleurs, les suites de couches immédiates s'accompagnent d'un « remue-ménage » du système circulatoire, qui est lié à la déplétion brusque de l'abdomen : la brusque distension des réservoirs veineux abdominaux conditionne des états de collapsus qui peuvent être inquiétants sur l'instant et dont les effets s'amortissent, seulement, à la longue.

La période de l'accouchement apporte, donc, de nombreuses préoccupations au médecin et nécessite diverses précautions :

1° *Une première précaution, indispensable, pourrait s'appeler la précaution de présence.* En effet, la grande asystolie ou un état voisin de l'asystolie ou un œdème aigu du poumon peuvent se réaliser en deux ou trois contractions pendant la période de dilatation ou, aussi bien, au moment de l'expulsion, même si, jusque-là, la lésion cardiaque est restée tout à fait silencieuse. Il faut, donc, être prêt à faire le nécessaire si, brusquement, se produit un effondrement du myocarde, prévu ou imprévisible. Et, naturellement, il faut avoir tout préparé, les instruments nécessaires à une saignée, des toni-cardiaques, de la morphine, du sérum physiologique, de l'oxygène. Ajoutons qu'il est utile d'avoir des aides en nombre suffisant et, pour tout dire, qu'il y a bénéfice à s'assurer les ressources d'une bonne clinique.

2° *Une deuxième précaution est d'apporter au myocarde les substances qui l'empêcheront de flancher* : le glucose et l'eau.

Le glucose sera administré par la voie appropriée, pour peu que le travail soit prolongé, et on l'associera aux injections de vitamine B ; l'eau sera administrée pour éviter la déshydratation, mais, cependant sans excès, pour éviter la réplétion exagérée du système vasculaire.

3° *Une troisième précaution est de tonifier le myocarde,* s'il y a lieu et dès qu'il y a lieu.

4° *Une quatrième précaution est de veiller à la position de l'accouchée* : on réduira au minimum le décubitus dorsal et on insistera pour une position demi-assise.

***

Pendant la période de dilatation, il est absolument indiqué de diminuer la douleur des contractions, étant donné que la douleur exerce des effets nocifs sur la tension et augmente, par conséquent, puissamment le travail du cœur. Cette mesure sera particulièrement indispensable, comme l'indique De Lee, si les contractions déterminent de la dyspnée, de la toux, de l'oppression, de la tachypnée, une ébauche de cyanose, des irrégularités du pouls ; la dyspnée est très significative, si elle persiste entre les douleurs. On combattra, donc, les effets de la douleur par moyens appropriés en évitant tout médicament qui déprimerait le cœur. La morphine ou les barbituriques en bonne dose (ni trop, ni trop peu), le protoxyde d'azote administré à la veine sont utiles et recommandables.

***

Lorsque la dilatation sera complète, on rompra la poche des eaux et, pour peu que le liquide soit abondant, on s'efforcera d'en ralentir l'évacuation.

✦

***

Lorsqu'on est arrivé à la période d'expulsion, il faudra éviter à la femme les efforts, dont nous avons dit, tout à l'heure, les effets nocifs.

Il ne faut pas que la femme pousse. Certains accoucheurs coupent court aux efforts expulsifs en pratiquant systématiquement une application de forceps, dès la dilatation complète. D'autres appliquent les fers seulement lorsque certaines indications se présentent : ainsi, Daichmann et Kornfeld les réservent aux cas où survient de la tachycardie et de la tachypnée. Pour ma part, lorsqu'il s'agit de faire une application haute, un peu laborieuse, le forceps me semble peu attrayant ; il est préférable de laisser à la contraction utérine le soin de faire descendre la présentation, si elle s'avère efficace ; puis, lorsque le réflexe périnéal se déclanche, il est indiqué d'intervenir avec l'intention de supprimer les efforts. Telle est mon opinion. Telle est l'opinion de Heaney qui conseille à la femme, lors de la dilatation complète, de résister à l'envie de pousser et qui extrait l'enfant à l'aide du forceps, lorsque l'application de celui-ci devient facile. Il peut même arriver que le forceps ne soit pas toujours nécessaire : Kustner et Schœn l'ont utilisé seulement dans 56 cas sur 110.

Par exemple, j'ai eu l'occasion d'accoucher à l'hôpital (obs. 947 de 1941), une jeune multipare (vingt et un ans) atteinte de rétrécissement mitral consécutif à un rhumatisme articulaire aigu. Cette femme avait déjà eu un accouchement prématuré au sixième mois et un accouchement à terme. Sa lésion semblait bien tolérée ; cependant, elle avait eu, au cours de sa troisième grossesse actuelle, deux incidents pour lesquels nous ne l'avions pas soignée et qui pouvaient ou bien être d'ordre banal, ou bien être un début de décompensation : une congestion pulmonaire à trois mois et une menace d'accouchement prématuré à sept mois. Toujours est-il qu'actuellement, elle ne présentait ni symptômes fonctionnels, ni signes physiques cliniques de défaillance cardiaque.

Cette femme entre en travail le 3 juillet à 9 heures. Les douleurs sont assez vives avec une tension utérine à 18 /25 et de la dolence intercalaire. Le travail marche rondement puisqu'à 11 h. 30, elle est à dilatation complète ; il n'y a pas de dyspnée ; la tension artérielle est à 11 /8.

Vais-je laisser pousser ? Il n'y a aucun signe de défaillance cardiaque, la présentation est normale en O I G A, le bassin est normal, les parties molles sont souples. Il y a tout lieu de supposer que l'accouchement sera rapide. Je décide d'attendre. La femme a trois douleurs qu'elle supporte gaillardement et qui font descendre la tête. Je n'ai même pas à lui dire de ne pas pousser. A la quatrième douleur, la tête est tout à fait descendue, elle est tournée en O. P. La femme pousse spontanément et elle expulse un enfant de 3 kgr. 560, sans le plus petit retentissement sur le pouls.

J'aurais eu sûrement tort d'intervenir dans un tel cas.

Il n'en eût pas été de même, si j'avais eu affaire à une primipare ou si la tête avait été en droite postérieure. J'aurais pu, alors, craindre une stagnation prolongée de la tête. Il aurait été indiqué de pratiquer une application de forceps. Mais, peut-être, eût-il été bon de ne pas la pratiquer d'emblée dès dilatation complète et d'attendre, que la contraction utérine ait réalisé un peu de descente, un peu de flexion, un peu de rotation.

Dans d'autres cas, enfin, le forceps s'impose, c'est à savoir lorsque la femme présente, en cours de travail, des signes de décompensation.

Par exemple, Mme C..., primipare de 23 ans, (obs. 1026 de 1938), entre dans le service, le 11 juin, pour accoucher au cours du dixième mois de sa grossesse.

Elle a eu, à 11 ans, un rhumatisme scarlatin, à 14 ans une pleurésie avec hémoptysie sans constatation de bacilles et avec séjour en preventorium, à 18 ans, des accidents de tachycardie et syncopes ayant nécessité l'hospitalisation, à 21 ans des arthrites sériques après injection d'anthéma, à 22 ans une polyarthrite fébrile.

La grossesse actuelle a été sans histoire.

A l'entrée, l'examen montre, d'une part, un début de travail, d'autre part, une maladie mitrale. Les douleurs ont débuté vers minuit et le col est en voie d'effacement. La maladie mitrale est parfaitement bien tolérée à en juger par les signes cliniques. A 10 h. 30, les membranes se rompent précocement ; à 16 heures, l'effacement est complet ; les douleurs ont été fortes, avec une tension utérine à 18 /30 et pénible malgré l'emploi de spasmalgine. Craignant les effets d'un travail prolongé, mon interne, M. Bancaud, prescrit vingt gouttes de digitaline ; le pouls est à 86 ; la tension artérielle est à 13 /9. Vers 19 h. 30, des signes de défaillance cardiaque apparaissent brusquement ; la respiration devient plus rapide, les lèvres se cyanosent, la malade est abattue, les vomissements sont fréquents ; le pouls est à 100, les constractions sont énergiques (20 /35). Pour faciliter la dilatation, de 19 h. 30 à 4 heures, la malade va recevoir deux c. c. de spasmalgine. A 4 heures, le 12 juin, la dilatation est complète ; elle a duré 26 heures, la malade est fatiguée. Bancaud fait, alors, un forceps facile sur une tête assez basse. Il extrait une fille vivante pesant 3 kgr. 130. Quarante-cinq minutes après l'accouchement, il doit faire une délivrance artificielle. Dans les suites de couches, la malade présente, pendant quelques jours encore, les signes de sa défaillance cardiaque, foie débordant les fausses côtes, râles de bronchite aux deux bases pulmonaires, asthénie, pouls oscillant de 100 à 110. Elle sort de la maternité en bon état.

Lorsqu'il s'agit de pratiquer une application de forceps, la question de l'anesthésie se pose. Je ne m'y étendrai pas aujourd'hui ; mais je vous rappellerai quelques principes indiscutables :

1° l'anesthésie est quasi indispensable ;

2° ce sera non pas quelques bouffées de chloroforme, mais une vraie anesthésie supprimant les retentissements réflexes de la douleur et la gêne de l'hypertonie utérine ;

3° ce sera une anesthésie générale plutôt qu'une anesthésie locale, régionale ou rachidienne ;

4° le choix de l'anesthésique importe peu ;

5° le choix de l'anesthésiste a une impor-

tance primordiale ; il doit être expert, attentif et, à la fois, libéral et parcimonieux.

Il peut arriver, en cours d'accouchement, qu'une cardiaque présente une complication obstétricale obligeant à changer la ligne de conduite et à devenir plus interventionniste. Cette circonstance n'appelle pas de longues discussions et il convient d'intervenir au mieux de l'indication obstétricale qui se pose. En voici un exemple :

Mme Le N..., 33 ans, est suivie dans le service pour un rétrécissement mitral (obs. 2.348 de 1936).

A 21 ans, elle a eu un rhumatisme articulaire aigu.

A 24 ans, elle a eu une première grossesse avec pleurésie au cinquième mois et accouchement très rapide à terme ; à 29 ans, un avortement provoqué.

Ses dernières règles remontent au 10 avril. En août, elle a eu une poussée rhumatismale et de la dyspnée. Nous la voyons le 26 septembre 1936 ; tension 11 /8, toux, pas d'œdème, pas de fièvre ; auscultation pulmonaire négative, signes cliniques de rétrécissement mitral. M. Bascouret, qui veut bien l'examiner, confirme le diagnostic et note de plus « éréthisme cardiaque, déséquilibre neuro-végétatif (fatigue, anorexie, insomnie) ». Il prescrit des cures de digitaline, (cinq gouttes par jour) et de l'acide phosphorique. Le traitement prescrit a les plus heureux effets.

Mme Le N. entre en douleurs le 26 décembre et, comme le 27, malgré des douleurs, la dilatation restait depuis des heures stationnaire à deux francs, comme l'enfant avait des bruits du cœur mauvais, nous avons craint, malgré l'absence de signes cardiologiques, qu'un travail un peu prolongé ne déclanche des phénomènes de décompensation et que, peut-être, par ailleurs, nous ayons un enfant mort ; dans ces conditions, sur ces indications plus obstétricales que cardiologiques, nous avons pratiqué une césarienne. Les suites opératoires ont été excellentes.

Il peut arriver en cours d'accouchement qu'une cardiaque jusque-là bien compensée vienne à présenter des signes de défaillance myocardique. Il devient parfois inévitable de changer son fusil d'épaule, et l'on doit parfois se résoudre à quelque intervention imprévue, alors que l'on pensait pouvoir terminer l'accouchement simplement et par les voies naturelles. A un premier degré de cette aggravation soudaine, l'emploi des toni-cardiaques peut s'imposer, — ouabaïne en particulier. On se rappellera que l'ouabaïne agit sur l'utérus comme elle agit sur le cœur : comme l'extrait post-hypophysaire, elle peut accélérer un accouchement ; comme lui, elle détermine de l'hypertonie et elle peut déterminer de la contracture. A un deuxième degré de l'aggravation, l'idée de hâter l'accouchement peut venir à l'esprit. Les tripotages à prétention de dilatation seront exclus. Les médicaments de la contracture seront, parfois, utiles. Parfois, aussi, on pourra songer à une césarienne. Mais une telle éventualité doit être bien rare et on conçoit mal une décompensation inexistante et qui, en quelques heures, s'affirmerait aussi impérieuse. Aussi je voudrais insister sur la prudence avec laquelle il faut envisager une telle aggravation brusque : il ne faut s'écarter de la ligne de conduite primitivement adoptée que pour des motifs sérieux, à bon escient, après mûre réflexion. Le conseil d'une grande pondération s'impose dans les cas où, ayant bien suivi sa patiente, on a décidé de « laisser faire » et où l'on est envahi par la velléité de devenir activiste. Car, si l'on a bien pesé le pour et le contre pendant les dernières semaines de la grossesse, *on ne doit pas être acculé à pratiquer une césarienne improvisée au cours du travail parce que, dès la fin de la grossesse, on a dû se décider sur les cas justiciables d'une césarienne pratiquée de parti pris,* c'est-à-dire moins dangereuse. En fait, il est habituellement facile de grouper les cas sous trois rubriques : cardiopathie compensée, cardiopathie menacée de décompensation, cardiopathie décompensée.

S'il s'agit d'une cardiopathie compensée, le [illegible] que d'accidents subits est insignifiant et ne jusit[illegible] pas une césarienne ; j'entends par là une cardiopathie strictement compensée, sans symptômes fonctionnels de défaillance cardiaque, sans signes physiques, sans signes radiologiques. Je sais bien que nombre de nos confrères américains sont partisans d'intervenir systématiquement dans de telles conditions par ce moyen ; je ne puis m'empêcher de penser qu'il y a là un de ces abus, signalés en 1915 par leur grand compatriote Whitridge Williams ; car, c'est pratiquer un grand nombre d'opérations inutiles.

Ce n'est, d'ailleurs, pas à dire que la césarienne ne soit pas éventuellement à envisager : la probabilité d'un travail long peut en devenir un motif sérieux, ceci se voyant pour certaines primipares âgées, pour certaines indurations du col, pour certains infantilismes génitaux, pour la tendance à la contracture, pour une tête anormalement haute, pour un bassin un peu rétréci (je dis « un peu », car, dans un bassin très vicié, il n'y aurait pas lieu à discussion) ; l'association d'une gestose, d'un placenta prævia, d'un diabète peuvent aussi constituer des indications valables.

S'il s'agit d'une cardiaque menacée de décompensation, on ne peut pas ne pas envisager que la césarienne offre les avantages d'un travail rapide. Mais quelles sont les femmes menacées de décompensation ? On peut répondre que ce sont, d'une part, celles ayant eu avant la grossesse ou en cours de grossesse des accidents tels que œdème aigu du poumon ou hyposystolie et, d'autre part, celles ayant des signes de rhumatisme cardiaque évolutif, des symptômes fonctionnels de défaillance cardiaque, certains troubles du rythme et les signes si précieux que nous procurent la radiologie et l'électrocardiographie.

Dans la thèse que mon ami Gomez a consacrée à ce sujet, thèse qui se fonde sur des observations recueillies dans le service du Professeur Laubry et dans le mien, on trouve des cas où l'on a fait un pronostic très exact dès la gros-

sesse et où, nous fondant sur le pronostic ainsi établi, nous avons été activistes et où nous avons eu à nous louer d'être activistes. Inversement, dans des cas où une césarienne avait été décidée, nous avons regretté de ne pas nous être tenus à cette ligne de conduite. En voici une observation à titre d'exemple.

Mme D... entre dans le service (obs. 730 de 1941), le 30 mai, à 17 heures, assez dyspnéique, et ayant eu une rupture prématurée des membranes.

Son père aurait succombé à une cardiopathie. Elle a eu une pleurésie à 16 ans, elle a été considérée comme tuberculeuse et elle a eu deux grossesses, l'une terminée à huit mois en 1937 et l'autre à terme en 1939. Ses dernières règles remontent au 22 octobre 1940. En janvier 1941, on a attribué ses épisodes pulmonaires à un rétrécissement mitral. Nous la montrons à Routier qui, d'après l'examen radiologique, nous conseille de pratiquer à terme une césarienne suivie de stérilisation. Cependant cette femme continue à aller et venir, à s'occuper de son ménage et de ses enfants.

Mais, avant terme, à 7 mois, avec un fœtus peu développé, elle vient de perdre les eaux à 14 heures, il y a trois heures déjà, et elle nous arrive, dyspnéique, un peu cyanotique, tachycardique (144), plutôt hypotendue (11/8). Les conditions obstétricales ne sont guère de nature à incliner vers une césarienne ; les réflexes de l'accoucheur l'emportent sur les décisions du cardiologue. Nous décidons d'attendre. Nous faisons de l'ouabaïne qui provoque des contractions et, peu de temps après, à 20 h. 30, un forceps à la vulve permet d'extraire une fille pesant 1.400 grammes et mesurant 40 centimètres.

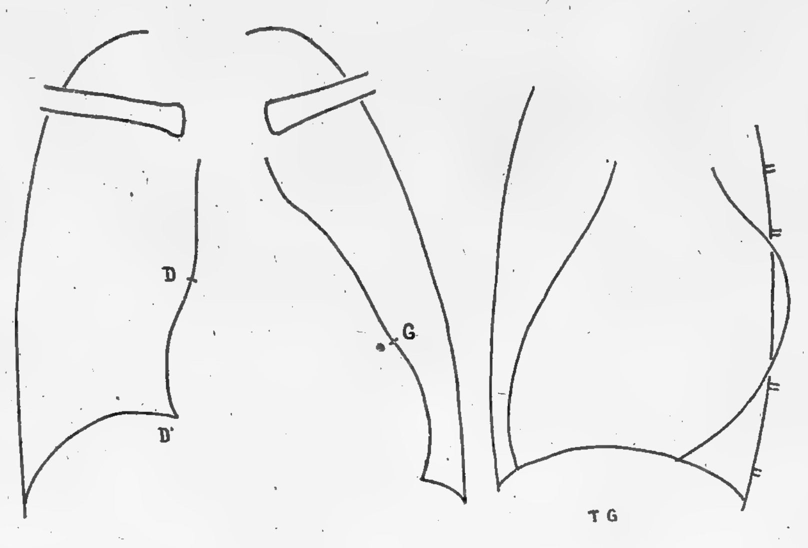
Or, le lendemain, 31 mai, la malade a les pommettes cyanosées et se plaint de dyspnée. Elle tousse, par quintes, mais sans cracher. Le 2 juin, la température est à 38° ; le pouls est à 100, régulier ; la dyspnée s'est exagérée. Dans la nuit, la malade a beaucoup toussé, mais l'expectoration demeure très peu abondante.

Très rapidement, dans les jours suivants, les symptômes s'améliorent.

Cependant la guérison n'est pas complète, ainsi que le montre l'examen radiologique pratiqué par Pizon. Dans l'ensemble, l'image cardio-vasculaire est modifiée par l'augmentation considérable du volume du cœur, plus spécialement par l'agrandissement des diamètres de l'arc moyen, du ventricule droit et de l'oreillette gauche en transverse gauche, alors que le ventricule gauche n'est que modérément hypertrophié, — lequel empiète sur l'ombre de la colonne. Les contours sont nets, bien battants, les points D et G aisément repérables, le point D étant un peu élevé alors que le point G est fortement abaissé ; la pointe, sous-diaphragmatique, ne peut être précisée que géométriquement.

L'image aortique est normale.

En conclusion radiologique, il s'agit ici d'un profil de rétrécissement mitral modifié par l'évolution vers l'insuffisance auriculaire et ventriculaire gauches.



Examen radiologique post-partum
(Par PIZON)

Malade entrée en sub-décompensation, sortie à peu près guérie quant aux signes fonctionnels, mais gardant les signes radiologiques de la sub-décompensation. En vérité, n'eut-il pas été plus sage de lui éviter la fatigue de l'accouchement ?

Peut-être. Il est indéniable qu'on a pu observer des cas où une césarienne permet d'obtenir en peu de jours, l'amélioration des signes fonctionnels cardiaques inquiétants. Des cas nombreux en ont été publiés, mais, comme l'a fait remarquer N.-S. Heaney, les avantages d'un travail rapide sont annihilés du fait d'une convalescence orageuse ; le manque de sommeil, la douleur post-opératoire, la distension abdominale par les gaz sont autant de facteurs de gravité.

Il faut peser le pour, le contre et l'appréciation des résultats, examinés en série, est bien difficile. Pour Mac Lennan, qui se fonde sur la classification de l'*American Heart association*, l'accouchement spontané dans 22 cas du groupe II b, lui a donné deux morts ; mais la césarienne dans seize autres lui en a donné deux. Ces deux chiffres ne sont-ils pas bien comparables ?

S'il s'agit d'une cardiaque en pleine décompensation le problème est bien difficile. Eviter les dangers de l'accouchement par une intervention vite menée ? ou éviter des suites opératoires tumultueuses ? Ce dilemne n'est pas simple à résoudre. L'une et l'autre conduite ont eu d'indéniables succès. L'une et l'autre peuvent se justifier par l'étude cardiologique ou par l'étude des circonstances obstétricales associées. Mais, parfois, la décision prise n'a-t-elle pas été l'effet d'un véritable « jugement des dés » ?

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

LE CURETTAGE UTÉRIN, CAUSE POSSIBLE DE TROUBLES A LONGUE ÉCHÉANCE

Le curettage *post-abortum* a paru pendant longtemps ne comporter que des avantages ; mais l'observation plus attentive et prolongée des patientes, les recherches effectuées sur le rôle endocrinien de l'utérus ont mis en évidence une série de troubles consécutifs à cette intervention, qui en assombrissent le pronostic éloigné. Ces troubles, dont la gravité ne balance en aucune manière ceux qui imposent le curettage, ne sauraient en restreindre les indications ; mais ils exigent une thérapeutique curative ou préventive, capable de les amender ou de les prévenir efficacement.

Le Prof. G. JEANNENEY et G. HIRTZ (1) les ont observés plus fréquemment à la suite des curettages pratiqués pour rétention placentaire qu'après curettage pour polype ; ils seraient dès lors imputables à la brusque rupture d'équilibre hormonal qu'entraîne l'arrêt prématuré de la grossesse, plutôt qu'à la lésion chirurgicale de l'endomètre ; cependant le facteur initial semble bien être l'amputation endométriale, puisqu'on retrouve les mêmes troubles après curettage pour polype, *si* l'intervention a été *très appuyée*, c'est-à-dire lorsque le traumatisme chirurgical de l'endomètre a été le même que dans certains cas de rétention placentaire. Ces faits constituent ainsi l'un des arguments cliniques en faveur du rôle endocrinien de l'utérus.

Les accidents observés consistent *essentiellement en des troubles menstruels*, simples ou complexes, accompagnés ou non de troubles métaboliques ou neuro-végétatifs, de modifications de la libido, de *stérilité*, imputables directement à l'endomètre lésé ou au complexe hypophyso-ovaire-utérus. Mais les troubles menstruels sont toujours les premiers en date, et constituent souvent les seules conséquences du curettage. Les autres troubles, au contraire, ne se constatant jamais sans avoir été précédés ou accompagnés par eux. Voici, à ce sujet, quelques détails.

Aménorrhée, bradyménorrhée, dysménorrhée. — Les aménorrhées apparaissent dès le premier cycle, qui suit le curettage, et peuvent être plus ou moins longues (deux à plusieurs mois). Elles sont simples (absence des règles) ou compliquées, c'est-à-dire précédées pendant quelques jours ou accompagnées de troubles variés : céphalées, gonflements mammaires, abdominaux ou généraux, tuméfaction et hyperesthésie des seins, pesanteur ou tiraillements des fosses iliaques, lombalgies plus ou moins intenses. Simple, l'aménorrhée s'installe aussitôt après le curettage et, lorsqu'elle se prolonge, elle finit par s'accompagner de troubles métaboliques (surtout d'*obésité*), presque toujours de stérilité, et très fréquemment de frigidité. Compliquée, l'aménorrhée de pronostic moins grave et moins durable, s'installe soit d'emblée après le curettage, soit après deux ou trois périodes de règles insuffisantes ou douloureuses.

La *stérilité*, fréquente, peut être temporaire ou définitive.

Le **traitement préventif** consistera d'abord dans une exécution correcte du curettage. Il importe que la curette, tout en enlevant les débris placentaires, respecte les débris glandulaires restants pour leur permettre de reconstituer la muqueuse. Dans ce but, la curette sera maniée légèrement, s'arrêtant dès que le cri utérin est perçu ; un écouvillonnage complémentaire débarrassera ensuite la cavité utérine, sans exposer à des coups de curette intempestifs. Ce sont d'ailleurs les curettages « appuyés » ou répétés pour hémorragies récidivantes, qui sont accusés le plus souvent de ces accidents. Une fois l'opération terminée, il sera bon de prescrire la vitamine E, sous forme d'acétate de dl-atocophérol (3 à 6 mgr. par jour), à laquelle on adjoindra, à partir du huitième jour, des extraits utérins, par la bouche, à la dose de 0,50 à 1 gramme par jour. Si les règles suivantes sont parfaitement normales, on se contentera de donner encore pendant un mois la vitamine E, durant les première et troisième semaines, et les extraits utérins pendant les deuxième et quatrième semaines.

Quant au **traitement curatif**, il faut tenir compte des troubles observés, et du temps depuis lequel le curettage a été pratiqué. En principe, commencer toujours par les moyens médicaux, dont les éléments fondamentaux seront l'opothérapie utérine et la vitamine E, auxquelles on peut ajouter, en cas d'échec, dès le deuxième mois, la di-hydrofolliculine (pendant les 15 à 17 premiers jours), à la dose de 1 à 2 milligr. par jour en ingestion, puis la progestérone en injections intra-musculaires de 2 ou 5 milligr. (une tous les deux ou trois jours) pendant la seconde quinzaine. Lorsque tout le complexe hypophyso-ovaire-utérus est en cause, faire en outre six à douze injections d'hormone gonadotrope au cours des première et troisième semaines.

La stérilité ne réclame pas d'autre traitement que celui des troubles, qui l'accompagnent. Elle se prolonge pourtant quelquefois au-delà de leur disparition et exige alors, outre la vitamine E, soit une opothérapie lutéinique, soit des injections d'hormones gonadotropes ou de progestérone.

La diathermie hypophysaire ou utéro-ovarienne peut être un adjuvant utile, de même qu'éventuellement les cures thermales. Enfin, la chirurgie dispose soit de la greffe utérine à distance, soit de la greffe locale muqueuse utérine vivante.

G. FISCHER.

(1) *Gynécologie et obstétrique*, nos 9-10, 1941.

Les Livres

Les livres qui viennent de paraître...

CHEZ MASSON ET CIE,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Maurice AUBRY, laryngologiste des hôpitaux de Paris et Charles FREIDEL, professeur à l'Ecole dentaire de Lyon. — **Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale.** INDICATIONS ET PROCÉDÉS OPÉRATOIRES. Un vol. 690 p., 473 fig., 280 francs.

Pierre DUREL, médecin de Saint-Lazare, avec la collaboration de Lucien DUTHEIL et Hubert AUTRAND. — **Les métrites du col.** ETUDE ANATOMO-CLINIQUE. NOUVEAUX TRAITEMENTS. Un vol., 274 p., 93 fig., 65 francs.

A. LACASSAGNE, F. BACLESSE et J. REVERDY. — **Radiothérapie des cancers du col de l'utérus.** Un vol., 190 p. et 20 fig. (collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications). Prix : 22 francs.

Guide-Barème indicatif des invalidités. Accidents du travail et maladies professionnelles. (TEXTES OFFICIELS). Un vol. 152 pages, 1942, Prix : 23 francs.

DERNIÈRES NOUVELLES *(Suite)*

Comité d'organisation des maisons de santé

(66, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris-9e)

Le Comité dans sa dernière séance a décidé :

1° De demander au ministère de la Santé de rappeler à nouveau aux administrations régionales (préfets et directeurs de la Santé) les attributions légales du Comité d'organisation en vue d'une coordination de plus en plus indispensable.

2° D'attirer à nouveau l'attention des Pouvoirs publics sur les grandes difficultés du *ravitaillement* des malades ou accouchées.

3° De rappeler à toutes les collectivités (Assurances sociales, Asurances accidents travail, Mutualité, S. N. C. F., Comités sociaux, etc.) qu'aucune convention d'hospitalisation ne peut être passée avec une maison de santé sans avoir au préalable reçu l'agrément du Comité d'organisation.

4° Qu'en vertu de la loi, aucun établissement nouveau ne peut être créé sans avis du Comité d'organisation.

(*Communiqué*).

Comité sanitaire de la région parisienne

SÉANCE DU 31 MARS 1942

Alimentation des enfants. — M. LESNÉ traite de la ration des écoliers. Le régime doit être complet ; il doit renfermer des principes indispensables et être équilibré. Il faut : proportionner les exercices physiques avec la richesse nutritive des rations, multiplier les cantines scolaires et les examens médico-physiologiques à l'école.

SÉANCE DU 29 AVRIL 1942

M. NICOLLE envisage la place des auxiliaires médicaux dans la corporation sanitaire. Les professions d'infirmier et de masseur devraient être au plus tôt définies, réglementées et dotées d'une organisation professionnelle.

Statistique de mortalité tuberculeuse. — M. MOINE conclut de son étude que l'aggravation du taux de la mortalité par tuberculose pour 1941 est de l'ordre de 33,7 % soit 2.500 morts excédentaires. La rareté des denrées alimentaires est la grande responsable.

SÉANCE DU 5 MAI 1942

Equipement sanitaire. — M. DUFOURNET expose les travaux urgents d'hygiène publique à réaliser dans le plan d'équipement national.

SÉANCE DU 12 MAI 1942

Tuberculose. — M. LESTOQUOY souligne l'intérêt de l'emploi de la radiophotographie (film) dans le dépistage de la tuberculose chez les enfants des écoles réagissant positivement à la cuti-réaction. Cette méthode d'avenir sera bientôt généralisée sur tout le territoire.

SÉANCE DU 19 MAI 1942

Les conservés alimentaires. — M. FLEURET : Le bombement chimique des boites de conserves (phénomène d'électrolyse) n'est à l'origine d'aucune intoxication. Sa confusion possible avec le bombement bactériologique exige néanmoins le retrait des marchandises de la consommation.

Fédération des Associations amicales de médecins du front

Le bureau de la Fédération, Docteur G. de Parrel, président p. i., Docteur Raymond Tournay, secrétaire général, Docteur Rimé, trésorier, ainsi que les dirigeants des principales associations ont été reçus le 4 juin 1942 par le Docteur Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé.

Les médecins anciens combattants, ayant eu connaissance, par les déclarations publiées dans la presse, des intentions du ministre et des buts qu'il s'est assignés, ont déclaré lui faire totalement confiance et se tenir à sa disposition pour toutes participations qu'il jugerait opportunes.

Au cours de l'audience ont été plus particulièrement évoquées les questions suivantes : Charte médicale ; places à réserver aux anciens combattants et prisonniers libérés dans les conseils et services dépendant du secrétariat d'Etat à la Santé ; question des médecins étrangers ; relève des médecins prisonniers ; défense des droits de ces derniers et particulièrement de leurs clientèles ; postes à leur réserver à leur retour ; situation des médecins auxiliaires, docteurs en médecine, encore prisonniers....

Le ministre a bien voulu dire au bureau de la Fédération son accord sur tous ces points.

(*Communiqué.*)

Solidarité confraternelle

Sommes reçues pour Mme Vadon, de Courthézon, et transmises le 15 juin au Docteur Robert, d'Issoudun :

Docteur Bouchaud, de Courgens,	200 francs.
Docteur Matry, de Folembray,	100 francs.
Docteur Trapenard, du Mont-Dore,	50 francs.
Docteur Bailly-Salin, de Sens,	242 francs.
Docteur Guéricolas, de St-Chamond,	300 francs.

Nous remercions les souscripteurs de leur générosité.

Mort du Docteur G. Boyé

Nous avons la tristesse d'annoncer à nos lecteurs la mort du Docteur Georges Boyé, de Vincennes, notre ami de longue date, collaborateur du journal et secrétaire général adjoint du « Sou Médical ».

Ses obsèques ont eu lieu le 15 juin dernier, dans la sévère simplicité qu'il avait voulue. La foule émue qui s'y pressait attestait mieux que tout apparât la place que tenait Boyé dans la cité, parmi ses clients, parmi ses amis.

Il laisse le souvenir d'un cœur bon, d'une conscience droite, d'un excellent médecin, d'un parfait confrère. A ceux qui le connurent de près il laisse surtout l'exemple saisissant d'un « bourreau de travail ». Boyé s'était fait une vie dure, sans détentes, sans répits. L'importance de sa clientèle aurait suffi à absorber l'activité totale d'un autre. Lui y joignait toutes sortes d'occupations adventices. Au retour de la guerre, vers 1920, il fondait la « Fédération des syndicats médicaux de la banlieue Est et Sud » et longtemps en demeura le secrétaire général, la cheville ouvrière, avant d'en être élu le président d'honneur. Il dirigeait une revue « *L'hygiène sociale* », pleine de vie, de projets et d'idées. Aux expositions de 1931 et 1937 il organisait les journées médicales qui remportèrent un si complet succès. En juin 1940, lors de la débâcle, avec quelques amis, comme lui

restés sur place, il mettait sur pied le « Comité sanitaire de la région parisienne » qui eut, pendant quelques semaines, à résoudre les multiples problèmes sanitaires d'une région privée d'à peu près tous ses dirigeants.

Enfin, dans notre maison, il apportait les conseils de sa compétence et de son bon sens aux séances du « Sou » ; et nos lecteurs se rappellent la série d'articles que, corporatiste convaincu et de longue date, il publiait ces derniers mois sur l'organisation de la corporation sanitaire.

Mais, si vigoureuse soit la charpente, un labeur aussi forcené l'use ; et notre ami Boyé a succombé au régime impitoyable qu'il s'imposait. Du moins a-t-il eu la seule fin digne de lui : la fin brutale qui surgit au détour de la route, suspend les projets, stoppe net les actions en cours, mais qui ne peut entraver aussi péremptoirement l'élan encore plein de vie de la pensée. Et celle-ci, glissant sur son erre, passe sous nos yeux pour la dernière fois avant de s'amarrer au port.

G. LAVALÉE.

Courrier littéraire

Georges Day publiera dans quelques jours **L'Arche d'amour**, un recueil de poèmes.

×

Raymond Valadié, l'auteur des *Montagnes en Feu*, donne chez Denoël : **L'Ile aux plusieurs.** Un roman, à la fois lyrique et philosophique, qui rappelle certains aspects de l'œuvre de Villiers de l'Isle-Adam.

×

Radio-Paris a interviewé dernièrement les apprentis d'un centre de Jeunesse à propos des petits livres de la collection « *La Fleur de France* ». Le résultat est des plus réconfortants. Nos jeunes lisent avec infiniment de plaisir ces charmantes biographies de capitaines, d'artisans, d'explorateurs et de conquérants français. Ce succès prouve péremptoirement que les histoires de gangsters, d'assassins et de détectives ne sont pas seules à captiver les jeunes imaginations. Il suffit pour les ravir de leur donner des lectures d'où la vie et la poésie ne soient pas exclues.

×

Elsa Triolet publie chez Denoël : « **Mille regrets** », un recueil de quatre nouvelles d'une conception et d'un ton absolument neufs. Depuis Valery-Larbaud et les débuts de Jean-Paul Sartre, on n'avait rien lu d'aussi aigu et d'aussi déchirant.

Sou Médical

NOUVELLES ADHÉSIONS

Le Conseil, dans sa séance du 12 juin 1942, a prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs ALGAN André, à Epinal (Vosges) ; AUBRY Jean, à Angers (M.-et-L.) ; AZEMAR Raymond, à Ornaisons (Aude) ; BASTARD Jean, à Paris (X[e]) ; BEASSE Yves, à Entrammes (Mayenne) ; BERTIN Raymond, à Jarville (M.-et-M.) ; BOUCHERON Raymond, à Challans (Vendée) ; BOURÉE Jacques, à Chatillon-sur-Seine (C.-d'Or) ; BRETTON Roger, à Annemasse (H.-S.) ; CAMARE André, à Saint-Paul-le-Jeune (Ardèche) ; CAUVIN Roger, à Chaussin

(Jura) ; Buffet André, à Sotteville-les-Rouen (S.-I.) ; Cavalier Roger, à Villebon-sur-Yvette (S.-O.) ; Chaix Jean-Marie, à Rosans (H.-A.) ; Champalian Henri, à Monchanin-les-Mines (S.-et-L.) ; Charvin Amédée, à Paris (XVIIIe) ; Chrétien Claude, à Romorantin (L.-et-C.) ; Codron Pierre, à Montigny-en-Gohelle (P.-de-C.) ; Cossart René, à Aire-sur-la-Lys (P.-de-C.) ; Dupuy Pierre, à Limoges (H.-V.) ; Eck René, à Paris (Xe) ; Finck Charles, à Cannes (A.-M.) ; Foucault Louis, à Arnac-la-Poste (H.-V.) ; Galy P., à Lunas (Hérault) ; Gaurard Charles, à Poitiers (Vienne) ; Gaulier Michel, à Epinay-sur-Seine (Seine) ; Gerain André, à Malakoff (Seine) ; Gillet Henri, à Vandes (Seine) ; Gibaud Gabriel, à Besançon (Doubs) ; Godefroy André, à Dreux (E.-et-L.) ; Grall Jean, à Saint-Brice-en-Cogles (I.-et-V.) ; Gresle Jean, à La Turballe (L.-I.) ; Guillaume Charles, à Hyères (Var) ; Jacquemaire André, à Douai (Nord) ; Jacquignon Norbert, à Paris (XVIe) ; Jamin Ernest, à Paris (XIVe) ; Larmurier Xavier, à Bondy (Seine) ; Lataix Pierre, à Angoulême (Charente) ; Lebreton René, à Dinan (C.-du-N.) ; Lorin H., à Vertou (L.-I.)) ; Maronet M., à Combs-la-Ville (S.-et-M.) ; Martinet Jean, à Boulogne-sur-Seine ; Nemeth Alexandre, à Roumazières (Charente) ; Parot André, à Montech (T.-et-G.) ; Pitaux Henri, à Lizy-sur-Ourcq (S.-et-M.) ; Robert Jean, Le Puy (H.-L.) ; Rousse, à Tarascon-sur-Ariège (Ariège) ; Sahut Fernand, à Pontgibaud (P.-de-C.) ; Schebedine Nicolas, à Ain-Bessem (Alger) ; Stem Pierre, à Vitrey-sur-Mance (H.-S.) ; Szezesniakowski Suzanne, à Saint-Denis (Seine) ; Thorel François, à Paris (Ve) ; Tillet Théodore, à Baugy (Cher) ; Vignes Frédéric, à Millau (Aveyron).

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental des Ardennes

(Secrétariat : 26, rue du Petit-Bois, Charleville)

Réunion du 2 juin 1942

Régimes spéciaux d'alimentation. — Par lettre en date du 12 mai 1942, M. le médecin inspecteur de la Santé se plaint que jusqu'à ce jour les médecins n'ont tenu aucun compte des instructions pour l'attribution de denrées rationnées publiées par la direction du ravitaillement (circulaire du 31 décembre 1940).

Cette circulaire précise que :

Le médecin devra faire parvenir au directeur du service d'hygiène, Hôtel de la Préfecture à Mézières, avant le 5 de chaque mois, la liste des personnes soignées par lui, le régime prescrit et sa durée.

Sur sa liste le médecin voudra bien indiquer, en outre lorsqu'il s'agira du régime de suralimentation, l'âge du malade et la nature exacte de l'affection (tuberculose en activité, tuberculose osseuse, etc...)

Les médecins qui ne se conformeraient pas à cette petite formalité risqueraient de voir leurs malades privés du régime auquel ils peuvent prétendre.

Afin de sauvegarder le secret médical le Conseil de l'Ordre émet le vœu que les médecins remettent aux malades deux certificats, un sans diagnostic devant être remis à la Mairie pour le service du ravitaillement, un deuxième avec diagnostic remis aux malades sous enveloppe fermée à l'adresse de M. le médecin inspecteur de la Santé, certificat qui sera transmis par l'intermédiaire de la Mairie à la place de

la liste demandée par M. le médecin inspecteur de la Santé.

Sur le certificat portant le diagnostic le médecin devra indiquer avec précision le diagnostic : tuberculose pulmonaire, osseuse ; affection médicale grave, ou affection chirurgicale grave.

Propharmacie. — Le Conseil de l'Ordre émet le vœu que le Conseil supérieur soutienne les intérêts des médecins propharmaciens dans l'intérêt même des habitants des campagnes qui risqueraient de perdre leurs médecins si ces derniers, privés de la ressource que leur procure la délivrance des médicaments étaient obligés de quitter leur poste, faute de pouvoir subvenir à l'entretien de leur famille, certain poste, de campagne n'étant pas suffisamment rémunérateur, pour leur permettre de vivre.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Israélites

Décret du 5 *juin* 1942 règlementant en ce qui concerne les israélites, la profession dentaire et instituant un *numerus clausus* de 2 % dans les mêmes conditions que pour les médecins.

(*J. O.*, 11 juin 1942.)

Etrangers

Arrêtés des 2 *et* 3 *juin* 1942 interdisant définitivement, par application de la loi du 20 novembre 1941, l'exercice de la médecine aux praticiens d'origine étrangère suivants :

MM. les Docteurs BRILL (Michel), ant. à Marly-Gaumont (Aisne) ; PADEANO (Alexandre), ant. à Crécy-sur-Serre (Aisne) ; ARZOUIAN (Hékimoghlou), ant. à Marseille (Bouches-du-Rhône) ; ELMAN (Moïse), ant. à la Voie-Dieu-Bourganeuf (Creuse) ; BARSOUM (Ibrahim), ant. à Lesparre (Gironde) ; BASKIN (Salomon), ant. à Bordeaux (Gironde) ; SZTARK (Herman), ant. à Castillon-sur-Dordogne (Gironde) ; SPRINGER (René), ant. à Châteauroux (Indre) ; GUTNIC (Abraham), ant. à Sepmes (Indre-et-Loire) ; SPRENG (Adolphe), ant. à Vernou-sur-Brenne (Indre-et-Loire) ; PACH (Jean), ant. à Châteaubriant (Loire-Inférieure) ; BEKIAN (Achote), ant. à Montjean (Mayenne) ; VEXLER (Adrien), ant. à Badonviller (Meurthe-et-Moselle) ; CHAUVAUX (Louis), ant. à Chocques (Pas-de-Calais) ; BOER (Jean-Basile), ant. à Thorigny-sur-Marne (Seine-et-Marne) ; BRAGO (Alexandre), ant. à Coulommiers (Seine-et-Marne) ; CREMNITZER (Nestor), ant. à Beaumont-du-Gâtinais (Seine-et-Marne) ; GELBERT (Jean), ant. à Chailly-en-Bière (Seine-et-Marne) ; GHINSBERG (Haïm), ant. à Voulx (Seine-et-Marne) ; SALMOVICI (Lupu), ant. à Mitry-Mory (Seine-et-Marne) ; WALDMANN (Joseph), ant. à Brocourt par Liomer (Somme) ; KERN (Solo), ant. à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; NAFTALIZON (Carol), ant. à Bassou (Yonne) ; GUILITCH (Stévan), ant. à Langoiran (Gironde) ; STAIRMAN (Milo), ant. à Dol-de-Bretagne (Ille-et-Vilaine) ; MOURADIAN (Mihran), ant. à Donzy (Nièvre) ; BERTAZZI (Louise), ant. à Amiens (Somme) ; ABRAMOVICI (Aurel), ant. à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; GORENFELD (Joseph), ant. à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; MARCO (François-Lucien), ant. à Narbonne (Aude) ; KRYMM (Claire) ,ant. à Saint-Didier (Haute-Marne) ; VERMEERSCH (Fabien-Henri), ant. à Boeschepe (Nord)

ZABRANIECKI (Sigismond), ant. à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; MICLOTTE (Louis-René), ant. à Saint-Jean-de-Monts (Vendée) ; MILHOUSE (Christophe), ant. à Chasseneuil-du-Poitou (Vienne).

Seine : MM. les Docteurs ABED (Georges), ant. à Paris ; ALIHU, dit ALICH (Daniel), ant. à Vincennes ; ANGELOFF (Michel), ant. à St-Ouen ; BALTER (Victor), ant. à Paris ; CORNESCU (Alexandre), ant. à Paris ; GLUCK (Alexandre), ant. à Bicêtre ; JURIST (Alexandre) ant. à Paris ; LAUER (Joseph), ant. à Paris ; LEIBOVICI (David), ant. à Paris ; LÉON (Isaac), ant. à Paris ; MERENFELD (Moïse), ant. à Paris ; NISSIM (David), ant. à Paris ; OLERGANT (Aron), ant. à Paris ; ROSENFELD (Bernhard), ant. à Paris ; SEGAL (Léon), ant. à Clamart ; STERIAN (Herman), ant. à Bécon-les-Bruyères ; ALTERESCO (Paul), ant. à Bezons ; AUSTERŒIL (Charles), ant. à Athis-Mons ; BARAG (Naum), ant. à Villeneuve-le-Roi ; BRANDMARK (Martin), ant. à Chaville ; CHRIRA (Hélène), née KYNE, ant. à Garges-les-Gonesse ; DENKBERG (Salomon), ant. à Beauchamp ; GOLDSTEIN (Henri), ant. à Groslay ; HAZARABEDIAN (Garabet), ant. à Breuillet ; LIGI (Isac), ant. à Aulnay-sous-Bois ; MATTAS (Jean), ant. à Athis-Mons ; MARBAIS (Salomon), ant. à Livry-Gargan ; MENDESLOHN (Valère), ant. à Clichy-sous-Bois ; NYPRI (Georges), ant. à Aulnay-sous-Bois ; POLITZER (Georges), ant. à Gagny ; ROSENFELD (Philippe), ant. à Verrières-le-Buisson ; SILIVIAN (Berl), ant. à Argenteuil ; SZANTO (Jean), ant. à Houdan ; TUCHMANN (Ernest), ant. à Ablon ; VIDERMAN (Maurice), ant. à Ecouen ; ZAYTMAN (Henri), ant. à Saint-Clair-sur-Epte ; PAPERIN-AISENBERG, ant. à Paris ; JESOVER (Schil-Charles), ant. à Paris (8e) ; JOAKIMOPOULOS (Elie), ant. à Paris ; WECHSLER (Elias), ant. à Saint-Ouen ; ZELLER (Maurice), ant. à Maisons-Alfort ; BANDELAC DE PARIENTE (Alberto), ant. à Paris ; BRZEZICKI (Charles), ant. à Paris ; COLOLIAN (Maksoud), ant. à Paris ; DOUBRON (Serge), ant. à Paris ; LEVADITI (Jean-Constantin), ant. à Paris ; REFIK (Nevzad-Hassan), ant. à Paris ; SCHAEFER (Charles-Ferdinand), ant. à Paris.

(*J. O.*, 7 juin 1942.)

Maisons de santé

Décret du 4 *mai* 1942 établissant au profit du Comité d'organisation des Maisons de santé privées, une cotisation sur chaque établissement, fixée pour 1942 de la façon suivante : 300 francs jusqu'à 10 lits ; 450 francs de 11 à 20 lits ; 600 francs de 21 à 30 lits ; 750 francs de 31 à 50 lits ; 900 francs de 51 à 75 lits ; 1.050 francs de 76 à 100 lits ; 1.200 francs de 101 à 150 lits ; 1.300 francs de 151 à 200 lits ; 1.400 francs de 201 à 500 lits ; 1.500 francs au dessus de 500 lits.

(*J. O.*, 14 juin 1942).

Suppléments alimentaires

Avis du Ministère du ravitaillement classant le personnel des professions médicales exposé journellement à l'action des rayons X et du radium dans la catégorie des travailleurs de force (deuxième catégorie).

(*J. O.*, 10 juin 1942).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

SYNDICAT ET CORPORATION. — ON ENVISAGE UNE RÉFORME DE LA LOI SUR L'ORDRE DES MÉDECINS. — LES RADIOLOGUES CLASSÉS TRAVAILLEURS DE FORCE. — FAMILIAUX ET ANTI-FAMILIAUX. — LE COMITÉ D'ORGANISATION DU THERMALISME ET LES MÉDECINS. — BOIS ET CHARBONS. — RÉTROSPECTIVE.

Nous avons souvent écrit qu'il n'y avait pas incompatibilité entre Syndicat et Corporation ; qu'il ne fallait pas considérer celui-là comme le concurrent néfaste de celle-ci, ni éliminer systématiquement le syndicalisme de l'organisation professionnelle ; en un mot que, dans le domaine médical surtout, l'Ordre n'était pas synonyme de la Corporation : vérité longtemps en sommeil, mais aujourd'hui couramment proclamée par les augures du nouvel ordre économique et social.

Certaine fermentation ouvrière n'est peut-être pas étrangère à la découverte soudaine d'une évidence.

Nous nous félicitons donc de voir admis aujourd'hui qu'aux côtés des organismes spécialement chargés de la discipline et de la moralité des professionnels doivent exister des organismes de législation, d'administration et de défense des intérêts matériels et moraux de la profession, organismes jouant le rôle autrefois tenu par les syndicats et qui, même encore aujourd'hui, peuvent être les syndicats.

D'accord, nous dira-t-on, pour le commerce et l'industrie, mais rien de semblable ne pourrait être admis en ce qui concerne les professions médicales !

Erreur : car les lois qui ont réglementé les professions d'architectes et de vétérinaires notamment, ont formellement établi la dualité des organes de juridiction (chambres de discipline régionales et nationale) et des organes d'administration (conseils régionaux et supérieur de l'Ordre), véritables répliques des anciens syndicats.

Bien mieux, et notamment en ce qui concerne les vétérinaires, si les syndicats n'ont pas été admis officiellement à survivre, une continuité syndicale a cependant été réalisée par le truchement du personnel supérieur, choisi, pour le Conseil national de l'Ordre, parmi les anciens dirigeants syndicalistes.

Pourquoi ce qui a été jugé bon pour les architectes et vétérinaires, ne le serait-il pas pour les médecins ?

***

Il ne faut d'ailleurs pas désespérer : le bruit court que la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins serait remaniée.

Le besoin d'une telle réforme s'était d'ailleurs fait sentir dès le lendemain de la promulgation de ce texte.

Le projet de la nouvelle loi consacrerait la distinction des organes corporatifs et des organes disciplinaires.

Le pouvoir disciplinaire appartiendrait, à l'échelon de la région, à une Chambre dont les membres, nommés, échapperaient à l'action des influences locales. Les décisions rendues par ces juges ne pourraient donc que gagner en impartialité.

Cette réforme était nécessaire.

Nous souhaitons que la loi, pour faire œuvre utile, en contienne d'autres aussi substantielles.

***

Voir la suite page XVIII-565

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

GOUVERNER C'EST PRÉVOIR

Quels que soient les lendemains de cette sinistre aventure de quoi sera-t-il question pour la France lorsqu'elle en sortira ?

Non pas de vivre, car si la France avait dû mourir ce serait fait déjà. Et puis il faut croire qu'un peuple a la vie dure puisqu'il va parfois jusqu'à renaître de ses cendres.

Mais pour la France, la question se posera de rejoindre la place qui fut sienne pendant des siècles, la place qu'elle croyait encore occuper ces dernières années et dont elle avait glissé par une suite incroyable d'abandons d'elle-même et d'illusions sur les autres.

Cette place ce n'est pas la force des armes qui la lui rendra, mais bien une volonté soutenue de renouveau, une énergie concentrée sur ses propres traditions. Dans le monde en marche elle reprendra sa place en marchant avec lui mais à sa manière à elle.

Ses abandons furent nombreux : elle ne les méconnaît pas. Au moment même qu'elle les commettait elle se les reprochait, du reste. Mais de mauvais guides l'entraînaient à une telle allure qu'elle remettait à plus tard ce que son instinct lui commandait de réaliser sur l'heure.

Sa tâche, dans le monde de demain, ce sera d'abord de reprendre dans leurs dossiers poussiéreux les projets ébauchés alors et, s'imprégnant d'une ambiance renouvelée, de les mener à bonne fin.

Ce serait une vaste esquisse si le programme entier d'un tel rajustement devait être développé !

Nous sommes ici entre gens d'une même discipline et, puisque le savetier ne doit pas dépasser la savate, parlons seulement de ce qui nous concerne et de ce que nous avons quelque chance de connaître.

***

Au lendemain de la guerre qui est en train de dévaster le monde, la reconstruction posera à la France (comme à tous les pays du reste) de vastes problèmes sanitaires concernant la collectivité nationale et concernant l'individu.

En faveur de la collectivité l'œuvre de première urgence sera la récupération d'un état social stable. On nous rebat les oreilles de nos insuffisances, de notre « retard », dit-on, en matière de lois sociales. Peut-être plus que les institutions elles-mêmes était-ce l'ordre et l'harmonie entre elles qui manquaient. Quoi qu'il en soit cette refonte sera à inscrire au programme de nos préoccupations ; c'est tout un ensemble à prévoir de dispositions fixant les conditions du travail, le statut de la famille, la prévoyance sociale et la solidarité entre citoyens. Connaissant les manquements de ce que nous avons déjà nous serons mieux informés pour l'améliorer et l'adapter de plus près à nos nécessités particulières.

Nous sommes un peuple pauvre en enfants et qui vient de le payer cher. Une des leçons essentielles de la défaite sera de connaître le danger mortel d'un tel état et de redresser notre bilan de natalité.

Les fléaux sociaux auront repris une acuité nouvelle à la faveur de l'alimentation déficiente et du brassage des populations. Les premiers résultats d'une lutte entreprise depuis des années sont d'ores et déjà en partie perdus. Les médecins en ont donné l'avertissement et savent l'effort nouveau qui les attend.

Tant de nos villes dévastées seront à reconstruire par quartiers entiers, et non sans que des études particulières d'urbanisme aient tracé pour chacune d'elles un plan adéquat aux exigences actuelles de l'hygiène.

Si l'on veut, et il faudra le vouloir, désengorger les grands centres et les banlieues et ramener leur trop-plein à la terre, c'est aussi l'aménagement des campagnes qui créera de vastes soucis. Aménager les campagnes ne veut pas seulement dire leur fournir l'électricité ou les moyens de communication, mais aussi leur amener l'eau potable, leur faire connaître l'habitation propre et claire, leur assurer un secours prompt et non ruineux contre l'accident ou la maladie.

Nous savions que notre jeunesse était débile : les conseils de révision nous en avaient avertis. Et les tares physiques n'étaient, nous le savions aussi, qu'un des aspects de cette débilité. Un remodelage attentif et patient s'imposera de cette jeunesse déformée par la folle mentalité de « l'entre-deux-guerres ».

Et puis enfin il convient de nous tenir prêts à lutter contre ce qui est souvent la première conséquence des grands cataclysmes : la survenue d'épidémies qui ravagent un continent après l'autre. La « grippe » de 1918 coûta, on se le rappelle, plus de vies humaines que toute la guerre. Si nous devions, cette fois, en voir surgir une de la même échelle et ne pas pouvoir y parer, à quels abîmes, et pour combien de temps, serait entraînée la race humaine ?

Tels sont quelques-uns des problèmes d'après-guerre qui concernent la défense des collectivités. La défense de l'individu en posera d'autres :

— d'abord restaurer son état biologique d'ores et déjà durement atteint par une dénutrition qui, d'ici là, n'aura probablement fait que s'accentuer. La rentrée des prisonniers posera la question dans son acuité maxima et risque en outre de retentir sur l'état sanitaire de chaque foyer ;

— se tenir prêt à identifier les carences d'ores et déjà manifestes et peut-être d'autres encore inconnues, à édifier, chaque médecin pour sa part, cette « pathologie d'après-guerre » qu'il vaut mieux dès maintenant prévoir — puisque les conditions de guerre, qui seront hélas durables, l'esquissent déjà — car toute période exceptionnelle, que ce soit par l'abondance ou par la disette, a sa propre pathologie ; les années 1940 n'auront pas le même répertoire de maladies que les années où le blé était jeté à la mer et le café brûlé dans les locomotives ;

— reclasser les infirmes, mutilés et malades de la guerre dans une économie nationale appauvrie, bou-

leversée et où la main d'œuvre sera à répartir toute entière et suivant des formes nouvelles.

— faciliter l'adaptation physique et mentale de l'individu même sain à une existence où il ne trouvera plus les facilités d'autrefois et où l'effort sera de chaque instant : la simple suppression de l'automobile et le rationnement alimentaire, sources de soucis quotidiennement renouvelés, nous donnent dès maintenant un avant-goût de ce qui nous attend demain.

* * *

A ces importants devoirs d'ordre hygiénique et sanitaire conviendront des vues d'ensemble, des directives cohérentes, des agents d'exécution travaillant en concordance et sachant saisir sur le fait la nécessité locale et du moment afin d'y adapter une parade improvisée. C'est donc, pour une pareille tâche, des techniciens doués d'initiative et de responsabilité qui s'imposent, nommément des médecins ayant à la fois le goût de l'action personnelle autant que le sens et le respect du bien public.

Il se peut qu'une organisation étatiste éclairée et large d'esprit satisfasse à ces conditions.

Mais ce que l'on sait jusqu'à présent de l'étatisme ne le montre ni éclairé, ni disposé à acquérir des lumières, ni large de vues, ni prêt à s'élargir. Toute administration centralisée vise, par un penchant qu'il faut bien croire insurmontable, à dominer et s'imposer ; elle légifère *ex abrupto* sans admettre que les faits lui donnent la leçon.

C'est ce postulat d'infaillibilité, c'est cette attitude impérieuse qui entretiennent à son endroit la défiance des organes d'exécution.

Or il ne sera plus temps, demain, de se défier ni de marchander son effort ; mais bien de s'atteler de bon cœur et de tirer sans arrière-pensée.

Puisque le médecin isolé n'est pas à l'échelle de l'œuvre à entreprendre, puisque l'Etat, d'autre part, au lieu d'animateur, serait un désordonnateur des forces vives, et qu'il faut enfin une discipline, reste la seule solution de créer une entreprise à l'image de celles qui exécutent les travaux d'intérêt public : qui prenne « en régie » l'œuvre sanitaire à accomplir dans le pays.

C'est la corporation sanitaire groupant dans son sein tout ce qui prend part à la défense curative et préventive, agissante et théorique, humaine et animale, individuelle et d'ensemble.

Mais avant qu'une machine tourne il y a d'abord des plans à dessiner et une fois construite, des essais à faire ; avant de lui demander le rendement pour lequel elle est conçue il faut avoir passé la période de rodage.

Aussi est-ce dès maintenant et par prévision que les premières esquisses devraient être jetées sur le papier.

Légiférer sans idée préconçue et, si l'on peut dire, à la demande des circonstances est une méthode qui se défendrait s'il était dans les possibilités humaines de juger de haut ces circonstances, de situer l'événement fortuit à sa place exacte dans le déroulement des effets et des causes, de tenir compte enfin de toutes les corrections de temps et de lieu avant de donner force de loi à un texte.

Puisque tant de perspicacité et de sagesse n'est pas à la mesure de l'homme, mieux vaut qu'il s'accorde le temps de réfléchir et, à l'abri de l'urgence, de prévoir non seulement le « probable » mais encore le « possible », voir même « l'impossible ». Car d'une époque comme la nôtre on peut s'attendre à tout.

Mieux vaut, dans sa lenteur, le législateur pondéré que l'impulsif docile à de changeantes influences : prendre une décision aujourd'hui qu'on annulera demain, improviser le 15 un décret qu'il faut rapporter le 20, dire pour, sitôt dit, se dédire et, à l'occasion déjuger encore le dédit c'est, un pas en avant, deux en arrière, faire exécuter à la loi une figure de cotillon qui ne convient pas à sa majesté. Un tel spectacle inquiète le citoyen et énerve la force publique.

Notre nouveau ministre à la Santé qui, dès ses premiers contacts avec le pouvoir, a manifesté un esprit réaliste et du goût pour l'action, sera probablement d'avis de restituer, à l'Etat la continuité de vues souhaitable. D'avance il a réfléchi aux problèmes qui se posent à lui actuellement, et il n'est pas déraisonnable de penser qu'avant peu l'on verra prendre forme les institutions qu'il s'est lui-même déclaré résolu à mener à bien.

G. LAVALÉE.

HISTOIRE, CRITIQUE ET RENOUVEAU DES DOGMES

L'acte médical et la place du médecin dans la communauté - II

Nous avons entrepris dans notre premier article (1) *la revision des quatre règles de la Charte médicale et du dogme même de « profession libérale » qu'il y a lieu d'adopter aux principes de base des communautés modernes. Cherchant dans l'histoire de la profession les éléments permanents de la médecine, nous avons esquissé rapidement la place qu'elle occupait dans les principales civilisations de l'Antiquité : Assyrie, Egypte, peuples d'Israël, Grèce, Rome. Nous continuons aujourd'hui cet historique.*

Avec la décadence de Rome, et l'apparition du christianisme, au milieu des invasions, des guerres et des épidémies, renaît le mysticisme de la foi. Mais cette époque nous donne un fruit nouveau : la *pitié*. La guérison est plus œuvre de charité et de foi que de science. L'Eglise, sous l'autorité de laquelle retombe la médecine, donne toute sa valeur pratique à la notion d'assistance, mais s'institue aussi gardienne de ce qui reste de la science gréco-romaine ; art et science se réfugient dans les couvents.

Les *envahisseurs* eux-mêmes qui amenaient avec eux leurs sorciers, leurs magies, leurs prêtres et leurs Dieux guérisseurs, ne dédaignèrent point la culture des vaincus : Théodoric rétablissait les « *comes archiatrorum* », et la loi des Visigoths reprenait les lois romaines sur l'exercice et l'enseignement de la médecine. Charlemagne, avec l'aide des Bénédic-

(1) V. *Concours médical* du 14 juin, pages 533 et suivantes.

tins, fondait des Ecoles de médecine (Tours, par exemple) où l'on formait le médecin dès le sortir de l'enfance.

L'Empire d'Orient, s'effondrant à son tour, livrait également au *conquérant arabe* les fruits de la culture grecque, précieusement recueillis. Des Académies de médecine s'ouvrent à Bagdad, à Damas, au Caire, à Cordoue, où l'on étudie Hippocrate. La médecine arabe ne tarde pas à s'acquérir une grande renommée (Rhazès, Avicenne) qui dépasse les limites de son domaine, et s'étend au monde chrétien, par l'intermédiaire de médecins israélites réputés.

C'est à l'influence arabe et à la traduction des langues orientales que l'on doit la prospérité de *l'Ecole de Salerne*, où viennent fusionner tous les grands courants de la médecine du moyen-âge. Uniquement laïque, cette grande Ecole internationale reconquiert peu à peu la médecine sur l'Eglise.

Par ces curieux détours que furent les conquêtes étrangères, la *médecine laïque* renaît peu à peu et reprend sa place aux côtés des ordres religieux dont les clercs, avant tout interprêtes du divin pouvoir de guérir, se font plus les assistants de l'âme que du corps. Dès 1130, les conciles de Clermont puis de Reims interdisaient aux moines la pratique de la médecine.

Le XIIIe siècle voit refleurir à *Montpellier* ce grand courant de culture méditerranéenne, venu par Salerne et le monde arabe des penseurs de la Grèce antique. Mais l'enseignement reste scolastique et porte avant tout sur les textes. L'Eglise domine encore l'Université, la théologie prime la science, la licence est une cérémonie religieuse, et le doctorat se décerne au son des cloches. La laïcisation progresse, durant le XIVe siècle, au sein des *Universités*, les premiers souffles d'humanisme se font sentir, à l'étude des textes se substitue l'étude de leur esprit. Les maîtres des Ecoles se forment en *corps*, et prennent la tête de la *classe médicale*. Le pape Honorius III ayant interdit l'exercice de l'art médical aux prêtres, la médecine est exclusivement aux mains des laïcs qui s'organisent avec le concours de la loi, et luttent contre la magie et les illégaux. Des *règles déontologiques* sévères protègent leur dignité, que renforce encore le port de vêtements spéciaux, l'octroi de privilèges. Le praticien s'enrichit par sa profession ; les communes s'arrachent les plus réputés pour leur confier la *charge municipale* des soins aux indigents et de la surveillance de la santé publique.

Il ne faudrait point croire que cette laïcisation achevée dès le XVe siècle se soit faite contre la religion même. L'Université, hors de l'Eglise, reste toute imprégnée de culture chrétienne. *C'est de la religion même qu'elle tire sa dignité, son éthique, sa morale.* La survivance du dieu guérisseur est encore manifeste et se reporte sur les *rois*. Après jeûnes et prières, ils sont aptes à guérir (« le roi te touche, et Dieu te guérit »).

Le *Moyen-Age* à son sommet nous a donc redonné ce que nous avions déjà rencontré chez les Egyptiens du Moyen Empire : une *synthèse* harmonieuse du *profane et du sacré*.

Cet équilibre va prendre figure nouvelle avec la *Renaissance*, dont les siècles précédents ont lentement préparé la venue. La libre critique, le raisonnement s'attaquent aux dogmes. L'homme devient le centre de toute spéculation. En particulier *l'étude du corps humain* vient au premier plan, non seulement en art, mais aussi en médecine. Ce n'est point par un simple hasard que Léonard de Vinci, ce géant du siècle, fut à la fois l'artiste et le savant anatomiste que l'on sait. La maladie est bien moins la punition du ciel qu'une inharmonie du corps, et la tâche de l'homme de l'art est de donner ou de rendre au corps de l'homme toute la beauté dont il est capable. Le praticien, dont la science progresse, est aussi un artiste, un lettré ; il n'est point déplacé chez les gentilshommes, il s'entretient avec les princes. Bien souvent il participe à l'administration des villes et, par elles et les cours, à la politique elle-même. Au lien religieux d'autrefois, par lequel le médecin s'intégrait dans la vie sociale, s'est substitué un *humanisme* supérieur.

A la connaissance de la nature, *Descartes* ajoutera au XVIIe siècle la connaissance de la pensée. En soumettant au *contrôle de la raison* la perception des sens, le savant fait revivre l'idée hippocratique avec une puissance toute nouvelle. La médecine fait partie des sciences naturelles et marche de compagnie avec la philosophie. Mais la forme mécaniste et mathématique de la science éloigne le médecin du malade, le savant du praticien. Ce dernier, de peu de culture, s'en tient encore aux doctrines scolastiques et vit concuremment avec les charlatans et les empiriques qui connaissent une vogue nouvelle.

La curiosité et la *culture scientifique* se répandent, diffusent dans les masses, et deviennent, au cours du XVIIIe siècle, le *patrimoine commun* du praticien. Le développement tout nouveau de la presse n'y est d'ailleurs pas étranger. L'ensemble des médecins, délivrés du dogmatisme de Galien, ajoutant à leur science une culture littéraire et philosophique, recueille enfin les fruits de la Renaissance et du siècle précédent. Ils consolident leur position matérielle et sociale et deviennent les médecins des familles. *L'hygiène* prend rang de science distincte. Pour la première fois, Frank, médecin anglais, pose le principe que le souci de la *Santé publique* concerne l'Etat. Philosophiquement règne la métaphysique de la raison. Cette faculté ainsi reconnue à chacun de raisonner pour connaître, laisse le champ libre aux aventuriers, aux charlatans (Cagliostro), mais cet excès de raison va permettre aussi aux mystiques de renaître (cimetière de Saint-Médard et ses cures miraculeuses).

Une réaction positive contre l'idéalisme transcendental, telle est la marque du XIXe siècle. La Science devient *expérimentale*, son temple est le laboratoire et ces nouveaux prêtres en blouses blanches ont foi dans le déterminisme et la physico-chimie. Le travail en profondeur amène tout naturellement la *division* de la médecine en multiples *spécialités*.

Le praticien, formé à cette école, soumis à cette discipline de rigueur scientifique, perd le peu qu'il gardait encore de sa dignité sacerdotale. Il abandonne son latin, l'habit qui le distinguait, et devient un « *professionnel* » lié au domaine de son activité. Est-ce à dire que la place occupée par la profession dans la société recule ? En aucune manière, tout au moins dans la première moitié du siècle. La philosophie politique nouvelle, ainsi que le développe-

ment rapide et massif de l'industrie ont posé à l'Etat le problème de la santé publique, de la santé du travailleur. Par ailleurs l'hygiène se vulgarise et fraye la voie à la médecine. La place du médecin dans la société ne fait que croître en importance. Elle assure encore à celui qui l'exerce bien-être et prestique politique et social.

La pénétration de la médecine dans les différents domaines de la vie sociale ne fait que s'accentuer L'influence réciproque de l'individu sur la société est définitivement reconnue. Il faut améliorer l'être, son état biologique, ses moyens de défense, dès sa formation. D'où la prophylaxie et l'assistance sociale sous tous leurs aspects, et notamment le développement des hôpitaux.

Si la place de la médecine et de l'hygiène s'accroît, en va-t-il de même pour le *praticien* ? Ce dernier subsiste avec son indépendance et sa responsabilité de principe, mais entouré de tous côtés de conseils, de tuteurs, de spécialistes, concurrencé par des médecins à traitement fixe, qui soustraient au libre exercice une grosse partie de la population, *sa situation s'amoindrit constamment.* Il ne peut en défendre — et partiellement d'ailleurs — que le côté *économique* en se groupant au sein d'associations syndicales.

Que reste-t-il du prêtre ou du sage antique ? Dépouillé de sa dignité, de sa qualité sacerdotale le médecin est devenu un simple *technicien*, chaque jour un peu moins respecté, concurrencé auprès des malades par charlatans, empiriques et mystiques.

Il ne suffira point d'un Ordre, pour créer l'ordre nouveau. C'est la conception même de l'acte médical qu'il faut changer.

(*A suivre*). Jean MIGNON.

A PROPOS DE LA RÉORGANISATION DE LA CHIRURGIE LA QUALIFICATION DU CHIRURGIEN

Par le Docteur Louis BERGOUIGNAN (d'Evreux)

La réorganisation de la chirurgie est à l'ordre du jour. On en parle beaucoup, et on dit même qu'un rapport quelque peu révolutionnaire a été déposé pour étude au Conseil supérieur. Peu importe d'ailleurs que ce projet soit révolutionnaire, s'il est bon, et s'il cherche à faire du neuf sans méconnaître tout ce qu'il y a de satisfaisant dans la situation actuelle.

Je ne voudrais aujourd'hui parler que de la qualification du chirurgien, sujet épineux, ayant donné lieu à de bien nombreuses controverses. Le Conseil supérieur en a bien cependant vu la nécessité, puisque la chirurgie générale fait partie des spécialités qu'il reconnaît officiellement. Mais, prudemment (*Bulletin* nº 1, avril 1941) il nous avise « qu'un statut propre à chaque spécialité est actuellement en préparation » et nous renvoie à l'article 39 du code qui ne nous apprend rien de plus. Au moment où j'écris cet article, 17 février 1942, rien n'est encore paru ; il semble donc que l'élaboration des statuts de spécialité soit particulièrement laborieuse... à moins que des occupations plus pressantes aient fait reléguer cette question au second plan. Cette seconde hypothèse me paraît d'ailleurs vraisemblable, car au 1er janvier dernier, date à laquelle je démissionnais du Conseil départemental de l'Eure, celui-ci n'avait pas été consulté sur cette question, pas plus que les autres conseils départementaux. Et, dans ma candeur naïve, je ne pense pas que le Conseil supérieur aurait mis le projet sur pied sans s'être au préalable largement informé auprès des Conseils départementaux.

C'est pourquoi, s'il en est encore temps, je voudrais dire ici ce que je pense de la qualification du chirurgien.

Dans l'immense majorité du Corps médical, on est d'accord pour penser qu'il est indispensable de donner un titre officiel aux spécialistes. Ce titre sera, auprès des confrères et du public, la preuve qu'ils peuvent s'adresser en toute confiance à un spécialiste. Il sera exigé avant toute nomination à un titre hospitalier ou à toute autre fonction officielle en rapport avec la spécialité.

Mais deux points sont très difficiles à établir :

Iº Quelles seront les garanties exigées pour donner la qualification au spécialiste ?

2º L'exercice, jusqu'ici libre de la spécialité, sera-t-il désormais strictement limité aux spécialités qualifiées ?

I) Il nous faut tout d'abord envisager deux groupes de candidats à la qualification.

a) Ceux qui exercent déjà une spécialité ;

b) Ceux qui sont en cours d'études et non installés.

A) Dans le premier groupe, il faut évidemment tenir compte dans une certaine mesure, des « situations acquises ». Mais il ne faudra pas, cependant, hésiter à trancher dans le vif, devant des situations trop criantes. Tous ceux qui me lisent connaissent autour d'eux un ou plusieurs confrères qui, sans études sérieuses préalables, se sont un beau jour, intitulés chirurgiens, et exercent « leur art » avec plus ou moins de bonheur.

Et ce dernier mot est bien cruellement paradoxal quand il s'agit tout simplement de la vie ou de la santé de nos concitoyens. On frémit en pensant qu'au hasard d'un voyage, un accident d'auto, une appendicite gangréneuse ou toute autre urgence, peuvent nous mettre, vous ou moi, dans les mains de ce « spécialiste ». Dans l'Eure, nous avons fait il y a quelques années, une première tentative de qualification. Quand nous avons créé une Caisse mutuelle chirurgicale, nous avons décidé, et fait accepter facilement par le Conseil d'administration, que les Mutualistes n'auraient le libre choix que parmi les chirurgiens agréés par la caisse. Et, pour

être agréé, il faut justifier de l'un des trois titres suivants :

— être ancien interne des hôpitaux d'une ville de Faculté ;

— être membre du défunt syndicat des chirurgiens français ;

— à défaut de ces deux titres, justifier de l'exercice *exclusif* et régulier de la *grande chirurgie*, depuis au moins cinq ans, et produire, pour cela, des attestations du président du Syndicat départemental (actuellement de l'Ordre) et des chirurgiens voisins.

Je pense que cette formule pourrait aisément être reprise pour la qualification officielle des spécialistes déjà installés, avec les modifications suivantes :

— Suppression de la seconde condition, puisque le syndicat des chirurgiens n'existe plus.

— Et, pour la troisième condition, faire prendre la décision, non par le Conseil départemental, mais par une Commission de cinq chirurgiens qualifiés de la *région*, dont trois au moins seront choisis hors du département, ceci pour éliminer les influences locales, toujours redoutables.

Cette Commission tiendra compte bien entendu, des titres scientifiques et hospitaliers, et, pour les candidats non titrés, ne prendra sa décision qu'après une longue et minutieuse enquête, complétée au besoin par un véritable examen du candidat.

Elle devra également s'assurer des conditions *matérielles* dans lesquelles le candidat entend exercer sa profession. Je connais « des chirurgiens » qui opèrent encore actuellement dans des conditions déplorables, sans installation de stérilisation, sans salle d'opération digne de ce nom.

B) Pour les candidats au titre de chirurgien, encore non installés, il semble simple — en attendant une réforme des études médicales — d'exiger d'eux purement et simplement, non seulement le titre d'ancien interne de chirurgie des hôpitaux d'une ville de Faculté, mais encore la justification d'avoir accompli au moins trois années entières d'internat. J'ajoute, d'ailleurs, que je vois mal ce qui pourrait, dans l'organisation future des études médicales, remplacer avec avantage, la rude mais précieuse école de l'internat. Mais ceci est une autre question.

II) *L'exercice, jusqu'ici libre, de la spécialité, sera-t-il désormais limité aux spécialistes qualifiés.*

C'est ici la pierre d'achoppement, et j'ai bien souvent, comme vous tous, — entendu des médecins me dire : « Mais alors, où finit la pratique médicale, où commence la chirurgie ? Aurons-nous encore le droit d'ouvrir un panaris, de plâtrer une fracture de jambe ? Aurons-nous le droit de sauver la vie d'un malade en l'opérant d'extrême urgence ? Et bien, je crois que la solution est très facile à trouver à condition de ne pas vouloir faire — ce qui serait

impossible — des réglements limitatifs et draconiens. En pratique, officiellement, il n'y aura pas de limitation. Mais :

1° Un chirurgien n'aura pas le droit d'ouvrir, de gérer une maison de santé chirurgicale sans être qualifié.

2° Un médecin n'aura pas le droit d'opérer dans un établissement hospitalier public ou privé sans être qualifié. La seule exception sera le cas d'extrême urgence dûment justifiée, en l'absence du ou des chirurgiens locaux, et s'il est prouvé que l'appel d'un chirurgien voisin aurait été cause d'un retard préjudiciable à la santé du malade. Et le propriétaire de la maison de santé sera personnellement responsable de l'exécution de cette clause.

3° Un médecin n'aura pas le droit de mettre sur sa plaque ou son papier à ordonnances la mention « chirurgie » sans être qualifié.

4° Un médecin ne pourra accéder à aucun titre chirurgical officiel (hospitalier, tribunaux, administrations publiques ou privées, etc...) sans être qualifié.

5° Dans le tableau annuel du Corps médical du département, dressé par la Préfecture, une colonne à part sera réservée aux spécialistes qualifiés.

6° Les Assurances sociales ne donneront leurs prestations, pour les interventions d'un coefficient supérieur à K 20, que lorsqu'elles auront été exécutées par un spécialiste qualifié, sauf cas d'extrême urgence, et en l'absence de tout chirurgien. Le médecin devra, dans cette circonstance, en faire la preuve auprès du médecin contrôleur de la Caisse.

7° En cas de procès en matière de responsabilité civile, les tribunaux se montreront particulièrement sévères si l'acte médical malheureux a été pratiqué par un médecin non qualifié.

Tout ceci n'empêchera donc pas le médecin praticien de se livrer à tous les actes de petite chirurgie courante, et, en cas d'extrême urgence, s'il est impossible de joindre un chirurgien, fait bien rare de nos jours, de faire un curetage ou une hernie étranglée.

Par contre, je pense que la limitation ainsi comprise de la chirurgie fera hésiter tous ceux qui, sans titre officiel, voudraient se lancer dans l'aventure.

Et ce qui n'aurait été qu'utopie avant guerre, devient maintenant d'une réalisation plus facile puisque l'Ordre des médecins aura la charge de faire respecter cette réglementation et de prendre des sanctions contre les « irréguliers ».

Je livre ces quelques réflexions aux contrères de bonne volonté, et si, par hasard, elles tombent sous les yeux d'un membre du Conseil supérieur, je serais très heureux qu'il puisse y trouver quelques idées utiles et la volonté de servir, qui doit être nôtre, plus que jamais.



Suite de nos Échos & Commentaires

Il y a plusieurs mois déjà, nous avions porté à la connaissance de nos lecteurs que l'administration du Ravitaillement avait accordé dans certains cas, et notamment à Paris, la qualification de travailleur de force aux électro-radiologistes des hôpitaux. Notre écho nous avait valu une nombreuse correspondance et avait suscité un véritable mouvement d'opinion qui vient d'aboutir.

En effet, aux termes d'un avis officiel que nous publions dans ce même numéro, le personnel médical (médecins et auxiliaires médicaux) soumis à l'action constante des rayons X et du radium, se voit, dorénavant, officiellement classé *Travailleur de force, 2e catégorie* et bénéficie ainsi d'appréciables avantages alimentaires.

C'est justice.

***

A diverses reprises, nous avons critiqué ici même le régime des allocations familiales dans les professions médicales, nous faisant l'écho des plaintes légitimes que l'on élève à son encontre.

Ces critiques ont été déformées dans certains milieux et nous ont valu des reproches acerbes ; nous sommes, paraît-il, des « antifamiliaux » !

C'est vraiment bien mal nous comprendre. Nous n'hésitons pas à reconnaître une fois encore l'évidente, l'incontestable justice du principe de l'allocation familiale fondée sur la compensation.

Ce que nous voulons, c'est proprement que la compensation soit égale, soit équitable ; c'est aussi faire comprendre aux farouches « familiaux » que le principe même de ce régime ne peut manquer à la longue de souffrir de l'injustice actuelle, de son organisation financière et qu'en proposant de la réformer nous le défendons comme eux-mêmes.

Il est injuste en effet que le *jeune médecin* qui vient de fonder un foyer paye au même taux que le médecin sans enfants depuis longtemps arrivé au sommet de sa carrière.

Il est injuste que le vieux médecin qui a élevé *seul* une nombreuse famille continue à supporter les charges familiales des jeunes générations.

Il est injuste que l'on prenne à celui qui ne dispose que du *minimum vital* pour verser à celui qui jouit *du superflu*.

Il est injuste que le jeu des cotisations prive de *tout secours effectif* chez les indépendants, les chefs de *familles moyennes*, alors qu'il en va tout autrement pour les salariés.

Il est injuste que le Corps médical supporte lui *seul* le poids d'une *forte natalité*, et qu'il ne puisse « compenser » avec les autres professions et l'Etat lui-même.

Bien loin de vouloir réduire les finances de la Caisse, nous songeons au contraire à augmenter le champ de ses ressources ; bien loin d'attaquer les allocations, nous songeons à accroître leur efficacité sociale.

Ce n'est point là, croyons-nous, faire œuvre « antifamiliale ».

***

Un décret du 3 avril 1941 avait doté l'industrie du thermalisme d'un Comité d'organisation.

Ce Comité vient d'être autorisé à percevoir des cotisations non seulement sur toutes les entreprises commerciales ou industrielles des stations thermales mais aussi sur toutes les activités professionnelles touchant au thermalisme et notamment sur les médecins de cure.

Ces cotisations seront déterminées en fonction des droits en principal de la patente, suivant un pourcentage fixé pour chaque année par arrêté inter-ministériel.

***

Voici le temps où paradoxalement l'on doit songer à l'hiver et à ses rigueurs probables.

Le médecin aimerait savoir à quoi s'en tenir sur les moyens qu'il aura de lutter contre le froid « quand la bise sera venue ».

L'an dernier le médecin en tant que membre des professions libérales avait reçu une première allocation de charbon, doublée d'une seconde de même quantité en tant que médecin.

Ce régime était équitable. En effet, à l'inverse de l'avocat ou de l'architecte, le praticien ne chauffe pas seulement son lieu de travail, mais aussi et surtout le malade.

Encore faudrait-il que le supplément de charbon du médecin ne soit pas pris sur le contingent prévu pour le malade lui-même, ainsi qu'il en allait, paraît-il, l'an dernier. Sinon, chose curieuse, le praticien ordonnateur des bons aux malades, se retire lui-même le charbon du poêle !

Enfin, pourquoi limiter au seul charbon ces allocations professionnelles et ne point les étendre également au bois de chauffage qui serait bien souvent un indispensable appoint ?

Il importe que les praticiens étudient et fassent connaître aux Conseils de l'Ordre, leurs besoins en cette matière, afin que les Conseils puissent à leur tour réclamer une solution prochaine de ce problème qui n'est pas loin d'être vital.

***

A propos de la suppression de la Faculté de médecine en 1822, le Docteur VÉRON a écrit dans ses Mémoires d'un *Bourgeois de Paris* :

« Les Gouvernements devraient toujours y regarder à deux fois avant de frapper et de passionner tout ce monde médical, les esclandres et les petits coups d'état sont toujours mauvaise politique ; on irrite ses ennemis sans les désarmer ».

1822 fut suivi de 1830.

CORRESPONDANCE

1784. — Pansements consécutifs à des interventions de pratique médicale courante

Une de mes clientes a un abcès volumineux du sein : sous anesthésie générale, un chirurgien fait deux incisions = Chi K 40 et je continue à donner mes soins gratuitement durant vingt jours. Siège + 10'

Nouvel abcès siégeant à —25', incisé par moi sous anesthésie locale, neuf jours après le premier.

Nouvel abcès incisé par moi de même façon cinq jours après le n° 2.

Tout en continuant les pansements de la première intervention, je panse aussi les orifices des incisions suivantes marquées P C n° 2 (incision d'abcès superficiel) et je marque mes visites et me les fais régler. Suis-je dans mon droit et ma cliente sera-t-elle remboursée ?

Dr S.

Réponse

Vous n'avez pas à compter les pansements consécutifs à l'intervention chirurgicale marquée sur la feuille « Chi K 40 », et cela pendant vingt jours, c'est bien entendu. Mais il y eut dans l'intervalle autre chose, à savoir des petits abcès superficiels incisés et pansés par vous. Puisqu'il s'agit là de P C 2 la règle de vingt jours n'est pas en jeu en ce qui les concerne. Auquel cas il apparaît normal que vous comptiez les quelques pansements consécutifs concernant ces petites interventions de « pratique médicale courante » qui font l'objet d'une nomenclature spéciale, bien distincte de l'autre et n'ayant pas à en suivre les règles.

Dr F. DECOURT.

2.691. — Inspection de la Santé

Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me préciser :

1° Les conditions d'accès à l'emploi de médecin inspecteur adjoint de la Santé en indiquant si les titres hospitaliers et les diplômes divers de ville de faculté confèrent des avantages aux candidats ;

2° Le programme du concours ;

3° La date éventuelle et le lieu du prochain concours si toutefois ils sont fixés ;

Dr P.

Réponse

Les conditions de recrutement et de nomination des médecins inspecteurs adjoints de la Santé ont été fixés par le décret du 7 octobre 1940 modifié par un second décret du 28 novembre 1940.

Aux termes de l'art. 3 les candidats doivent être français, nés de père français, âgés de 35 ans au plus au 1er janvier de l'année du concours, être titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et d'un des diplômes universitaires d'hygiène institués dans les conditions prévues par le décret du 21 juillet 1897.

Pour être nommés au grade de médecin inspecteur adjoint de la Santé, les candidats doivent avoir satisfait à un examen sur épreuves et sur titres : les examens sont annoncés deux mois à l'avance par voie d'insertion au Journal Officiel, *le programme des conditions de ces examens ainsi que la liste des candidats admis à se présenter sont arrêtés par le Ministre.*

3.082. — Paiement anticipé des impôts

Il est prescrit, comme vous le savez, aux contribuables qui ont été imposés, en 1941, pour plus de 20.000 francs, dans une même perception, de verser en 1942, deux provisions, égales chacune, au quart de leurs impôts payés en 1941.

Or, une équivoque existe que je voudrais voir levée. S'agit-il des impôts de l'année précédente (1940 perçus normalement en 1941 ? D'une seule année par conséquent ?

Ou bien englobe-t-on tous les impôts mis en recouvrement en 1941, même si, par suite de retard dans l'envoi des avertissements, ils concernent des années antérieures à 1940 ?

Pour ma part, j'ai payé en 1941, des impôts se rapportant aux années 1938, 1939 et 1940. Le total s'est aisément élevé à 20.000 francs. Et pourtant, je ne me suis pas cru obligé de verser la provision d'avril Ai-je eu tort ou raison ?

Dr L.

Réponse

L'article 10 de la loi du budget du 31 décembre 1941;

prévoit en effet que, lorsque les rôles n'auront pas été mis en recouvrement avant le 1er avril de l'année courante, tout contribuable qui aura été compris dans les rôles de l'année précédente pour une somme excédant un minimum fixé par arrêté du ministre des Finances, sera tenu à verser immédiatement à valoir sur les impositions de l'année courante, une somme égale au quart des impositions de l'année précédente.

Pareil versement devra être effectué au 1er juillet, si, à cette date, les rôles n'ont toujours pas été délivrés.

Par arrêté du 18 mars 1941, ce minimum a été fixé à la somme de 20.000 francs.

Mais cette somme ne comprend éivdemment que les impositions émises au titre de l'année précédente seulement et non le total des rôles émis avec retard l'année précédente au titre des années passées.

Vous n'êtes donc astreint au paiement anticipé de vos impositions, que dans le cas où seules les impositions émises à votre nom dans le ressort d'une même perception au titre de l'année 1941 serait supérieure à 20.000 francs.

2.489. — Bicyclette électrique

Un de mes confrères m'a appris dernièrement qu'il existait un moteur électrique pouvant s'adapter à une bicyclette ordinaire. Auriez-vous l'obligeance de me dire si c'est bien exact et, dans l'affirmative' me faire savoir s'il est possible de se procurer ce moteur si la mise en place sur la bicyclette est facile et quel est son prix.

Dr E. C.

Réponse

L'équipement des bicyclettes avec un moteur électrique n'a pas été autorisé par le Comité d'organisation de l'automobile ; aussi, ne puis-je vous donner l'indication que vous me demandez puisque, officiellement, aucun industriel n'exécute cet équipement.

D'ailleurs, étant donné le poids de la batterie nécessaire, le montage sur une bicyclette ordinaire est pratiquement impossible. Je sais qu'on a équipé quelques vélomoteurs autrefois, mais ce montage n'est plus continué. Henri Petit.

Pas de gazogène sur les voitures de tourisme

Nos lecteurs nous demandent assez fréquemment des renseignements sur la possibilité d'équiper leurs voitures de tourisme avec un gazogène.

Cet équipement est actuellement interdit et les gazogènes sont réservés exclusivement aux véhicules utilitaires d'un tonnage égal ousupérieur à deux tonnes.

Par voie de conséquence, on ne trouve pas à acheter de véhicules neufs avec gazogène en voitures de tourisme ou camionnettes de charge utile inférieure à deux tonnes.



Directeur-Gérant : G. Lavalée — N° d'autorisation : 77 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Prosectorat.* — Le concours du prosectorat s'est terminé par les propositions suivantes :

Prosecteurs titulaires : MM. LAURENCE et VERNE. Prosecteurs provisoires : MM. DEBEYRE et CHAMPEAU.

Adjuvat. — Le concours de l'adjuvat s'est terminé par les propositions suivantes :

Aides d'anatomie titulaires : MM LE BRIGAND, KÜSS, LEROY, DUBOST, PRUVOST et FLABEAU. Aides d'anatomie provisoires : MM. COTILLON et ROY.

— **Ecole de médecine de Rouen.** — M. JOUANNEAU chirurgien adjoint des hôpitaux, est chargé d'assurer le service de M. DEROCQUE, professeur suppléant de clinique et pathologie externe, mort au Champ d'honneur.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants.................	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'attaché d'électroradiologie.* — Sont nommés : MM. GRANGE, MORIN, GRAIN, FAIDHERBE, DEGAND, PERROY, HUANT.

— *Concours de chef de laboratoire de chimie biologique.* — Un concours pour la nomination à trois places de chef de laboratoire de chimie biologique vacantes à l'hôpital Broussais, au groupe hospitalier Necker-Enfants malades et à l'hôpital Saint-Louis, aura lieu le 28 juillet 1942, 3, avenue Victoria.

— **Hospice national des Quinze-Vingts.** — A la suite du dernier concours, M. L. GUILLAUMAT a été proposé pour le poste d'ophtalmologiste adjoint des Quinze-Vingts.

— **Hôpitaux de Caen.** — Un *concours* pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Caen aura lieu, le 7 septembre 1942.

Inscriptions au secrétariat des hospices de Caen jusqu'au 12 août 1942.

— **Hôpital civil de Constantine.** *Internat.* — Un poste d'interne en chirurgie est vacant (pour un étudiant en fin de scolarité). Avantages : 1.000 francs, logé, nourri. Ecrire avec références précises au directeur de l'hôpital.

— **Hôpital général de Nevers.** *Internat.* — Un concours *sur titres* pour la nomination de *trois* internes en médecine ou chirurgie aura lieu le 24 juillet 1942. L'entrée en fonctions aura lieu : pour le premier poste, le 1er août 1942 ; pour les deux autres postes, au plus tard le 15 décembre 1942.

Les dossiers de candidatures devront parvenir au directeur de l'établissement avant le 20 juillet 1942. Pour renseignements complémentaires, s'adresser au directeur.

— **Hôpital-hospice de Bernay (Eure).** *Internat.* — Le 18 août 1942 sera ouvert à l'hôpital de Bernay un concours pour une place d'interne en médecine. Condition : seize inscriptions. Avantages : logement, nourriture, traitement mensuel de 600 francs. Inscriptions (jusqu'au 28 juillet) et renseignements à la direction de l'hôpital de Bernay.

— **Hôpital mixte d'Auxerre.** Rectificatif à l'avis paru le 14 juin. — Un concours sur titres sera ouvert le 29 juillet 1942, 3, avenue Victoria, au siège de l'Administration de l'Assistance publique, pour la nomination, à l'hôpital d'Auxerre, à : un poste de médecine générale ; un poste de médecin phtisiologiste ; un poste de radiologiste adjoint.

Inscription jusqu'au 25 juillet.

Pour renseignements, écrire au président de la Commission administrative de l'hôpital d'Auxerre.

— **Société des médecins-inspecteurs des Ecoles de la ville de Paris et de la Seine.** — Cette société vient de procéder à l'élection de son bureau qui est composé de la manière suivante : *Président* : M. CAYLA. — *Vice-présidents* : Mlle LAVEDAN, M. KERVAREC, Mme ADROIN-LINOSSIER. — *Secrétaire général* : M. LAUNAY. — *Secrétaire général adjoint* M. BOULANGER-PILET. — *Secrétaires des séances* : Mme LAROCHE, M. LONGEPIERRE, M. FAUVERT. — *Trésorier* : M. MATHÉ. — *Trésorier adjoint* : M. CONI.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Jean-Michel JAMES, fils du Docteur René James, de Vichy, et petit-fils du Docteur Robert, de Clermont-Ferrand ; de Patrice BRUNEAU DE LA SALLE, second fils du Docteur J. Bruneau de la Salle (Caen, 25, rue Jean Romain, 13 avril 1942) ; de Philippe ROSSIGNOL fils du Docteur Louis Rossignol (Noisy-le-Sec, 91, rue Jean-Jaurès, 6 juin 1942) ; de Chantal LOBRICHON deuxième fille du Docteur Pierre Lobrichon (Gallardon, Eure-et-Loir, 21 juin 1942).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer le décès de Monsieur Th. VITOUX, survenu le 26 juin 1942, à l'âge de 89 ans. Il était le père de Madame Boulanger et le beau-père de notre regretté administrateur C. Boulanger, le grand-père de Madame et Monsieur Pierre Douriez, administrateur du *Concours médical*. Nous adressons à toute la famille, l'expression de notre bien vive, profonde et douloureuse sympathie.

On annonce la mort du Docteur René-Gabriel LAMY, Croix de guerre, décédé à Melle (Deux-Sèvres), le 2 mai 1942, dans sa 68e année ; du Docteur Jean Bernard-Marie DHAUSSY, de Mennevret (Aisne), décédé le 17 mai 1942 dans sa 68e année : il était le père et le beau-père des Docteurs Pierre Dhaussy et Christelle ; du Docteur Paul NOGUES, de Paris ; du Docteur Gustave RAPPIN, Professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Nantes ; du Docteur Xavier CALMELS, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à Albi ; de Madame Albert VINCENT, née Augustine Coilliot, décédée le 14 mars 1942 dans sa 74e année, femme du Docteur A. Vincent, de Lille, cousine du Docteur Jules Vincent père, d'Armentières (Nord) et petite-cousine des Docteurs Jules Vincent fils, d'Armentières et Georges Vincent, de Lille ; de Madame Odette PELLÉ, docteur en médecine, décédée à Rennes le 30 mai 1942, dans sa 34e année, femme du Docteur Abel Pellé, chirurgien à Rennes, et belle-sœur du Docteur Alphonse Pellé, professeur à l'Ecole-de-Médecine de Rennes ; du Docteur Marcel LUCCHINI, médecin communal de la ville d'Alger, qui a succombé, victime du devoir, à une atteinte de typhus ; du Docteur Henri AIMÉ, médecin de l'hôpital Péan, frère du Docteur Paul Aimé, électro-



radiologiste des Enfants-Assistés ; de Mademoiselle Marguerite HALLER, de Nancy, docteur en médecine, décédée dans le Puy-de-Dôme, nièce du Docteur Haller, de Vichy.

Association nationale et professionnelle des médecins électro-radiologistes français

Docteur AIMÉ, secrétaire général

Compte rendu de la séance du 22 mai 1942

L'A. N. P. des M. E. R. F. a tenu sa première séance le 22 mai 1942. Le Docteur Delherm, président, résume les démarches entreprises dès le 12 novembre 1940 par lui-même et le secrétaire général du Syndicat national dissous auprès des autorités allemandes et françaises et qui ont abouti à la déclaration parue dans le *Journal Officiel* du 3 mars 1942 qui autorise la création de l'A. N. P. M. E.-R. F.

En raison des circonstances, les membres du bureau de l'ancien Syndicat national sont dans l'obligation légale de conserver leurs fonctions dans le bureau de l'A. N. P. jusqu'à la réunion d'une assemblée générale à laquelle tous les adhérents pourront participer.

Le Docteur Aimé rend compte de l'entrevue qu'il a eue avec M. le Professeur Leriche au sujet du transfert des biens séquestrés de l'ancien Syndicat au Conseil supérieur de l'Ordre. Les biens immobiliers seront attribués à l'A. N. P. et les biens mobiliers serviront à couvrir les dépenses engagées en vue de la constitution de la nouvelle Association (paiement de la secrétaire, des frais de bureau et des nombreux déplacements faits depuis le 12 novembre 1940, etc...)

La cotisation a été fixée pour 1942 à 120 francs dont 20 francs seront reversés à chaque section régionale. Les membres du Syndicat national étant statutairement membres de l'A. N. P. Les rapporteurs ont été nommés pour les candidatures des radiologistes qui ne faisaient pas partie du Syndicat national.

L'assurance Groupe continue à fonctionner et le nouveau contrat entre la Mutuelle et l'A. N. P. prévoyant une légère augmentation de la cotisation sera soumis à l'approbation de l'assemblée générale.

Le Docteur Coliez informe l'assemblée que la nouvelle nomenclature en H. et D. va être signée par le Ministère du travail et l'on décide de demander au Docteur Beau, notre délégué au Conseil départemental, de transmettre le vœu proposant que le chiffre H soit fixé à 50 francs.

Sur la proposition du Docteur Dumail un vœu sera présenté au Conseil de l'Ordre demandant que le tarif de responsabilité des Caisses d'assurances sociales soit le même pour toute la France.

Une démarche sera faite auprès du Conseil de l'Ordre des pharmaciens au sujet des laboratoires de radiologie installés dans certaines pharmacies, en attendant que le Conseil de l'Ordre des médecins se soit prononcé définitivement sur la qualification des spécialistes.

Le Docteur Coliez propose ensuite que le chiffre des actes de spécialité soit fixé à K = 10. Ce vœu doit être transmis à l'A. P.

Il est décidé qu'une démarche sera faite auprès du ministre et d'autre part auprès de l'Ordre national pour hâter la qualification de spécialiste, pour l'enseignement de la spécialité, la carte de charbon professionnelle, la force motrice, la suppression du carnet de reçus, la révision de la patente, l'abaissement de l'impôt de 18 à 8 %, etc...

Comité sanitaire de la région parisienne

Séance du 23 juin 1942, présidée par M. Pierre Alexandre.

Décide que les séances auront lieu les deuxième et troisième mardi de chaque mois ;

S'ajourne au mois d'octobre 1942 ;

Elit à l'unanimité à la présidence de la section de médecine, le Docteur Maurice Delort en remplacement du Docteur Georges Boyé, décédé.

Séance inaugurale des « Journées Médicales du Comité National des Sports »

La séance inaugurale des « Journées médicales d'information du Comité national des sports » a eu lieu le vendredi 27 juin dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Le Colonel Pascot, commissaire général aux sports, présidait la cérémonie. Autour de lui se tenaient le recteur de l'Académie de Paris, le Professeur Beaudouin, doyen de la Faculté, les Professeurs Basset, Le Lorier, Tanon, le Professeur Cotte, nouveau directeur du Commissariat des sports, les Docteurs Chuche, secrétaire général du Comité national des sports, Collet, médecin-chef du Commissariat général, Rochu-Méry, président des Journées médicales. Une assistance nombreuse avait répondu à l'appel des organisateurs. On remarquait la présence des Docteurs Jodin, Petit, Escande, etc...

Dans une allocution documentée, le Docteur Rochu-Méry souhaita la bienvenue aux congressistes. Après quoi, le Colonel Pascot ouvrit les Journées médicales par une brève allocution et le Professeur Basset fit une conférence qui intéressa vivement médecins et sportifs.

Pierre Labignette.

Réorganisation et réinstallation des services de consultation de l'Hôpital Espagnol de Neuilly

En l'absence de Son Excellence M. J.-F. de Lequerica, ambassadeur d'Espagne, une très belle cérémonie réunissait autour du Consul général d'Espagne M. Bernardo Rolland, un très grand nombre de médecins, membres de l'Académie, de la Faculté, de l'Institut Pasteur, médecins et chirurgiens des hôpitaux, heureux de saisir cette occasion pour manifester leurs sentiments et resserrer les liens scientifiques qui ont toujours uni l'Espagne et la France.

Sous la conduite du Consul général, de la mère supérieure et du directeur médecin-chef Bandelac de Pariente, les invités ont pu se rendre compte de la façon parfaite dont avaient été réorganisés les divers services.

Courrier littéraire

Fleur de France

Deux récits nouveaux paraissent cette semaine dans cette collection fondée spécialement pour la jeunesse : *Claude Martin, le tonnelier devenu général*, par Fernand Demeure et *Dupetit-Thouars, le héros d'Aboukir*, par Stéphane Pizella. Les dix premiers titres de cette charmante collection populaire deviennent difficiles à trouver en librairie. Ils sont épuisés chez l'éditeur.

Les décombres

Tel est le titre du livre que Lucien Rebatet publiera chez Denoël dans le courant de juillet. Livre de polémiste et d'historien. *Les décombres* nous

apportent un témoignage irremplaçable sur l'avant-guerre, la guerre, l'exode et la politique du gouvernement de Vichy. Livre étincelant de verve, tragique et comique tour à tour, un livre promis au plus durable retentissement.

Bibliographie

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

R. DUBAU, professeur agrégé du Val-de-Grâce et F. BOLOT. — **Anesthésie pratique** A L'USAGE DES MÉDECINS, ÉTUDIANTS ET INFIRMIÈRES, APPELÉS A DIRIGER OU A PRATIQUER UNE ANESTHÉSIE CHIRURGICALE. Préface du Professeur E. Sorrel. Un vol., 124 p., 47 fig., 35 francs.

Ce livre réunit sous une forme concise et pratique le minimum de connaissances nécessaires en anesthésie. Il est basé sur l'expérience des auteurs et sur leur connaissance approfondie de toutes les méthodes d'anesthésie.

L'ouvrage comprend les chapitres suivants : Idées générales, anesthésie générale, anesthésies générales par d'autres voies que la voie respiratoire, rachianesthésie, anesthésie épidurale ou péri-durale, anesthésie du blessé gazé ou intoxiqué. Principes et technique des infiltrations du sympathique.

Comme l'écrit le Professeur Sorrel dans sa préface, « ce ne sont pas seulement les débutants en anesthésie qui tireront profit de la lecture de cet ouvrage, les anesthésistes les plus qualifiés y auront aussi recours avec fruit ».



ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur de l'Ordre

Conférence de Presse du 2 juillet 1942

RETRAITE. — Le Président du Conseil supérieur de l'Ordre a déposé entre les mains du ministre de la Santé publique, dans le courant du mois de mai, un dernier projet relatif à la prévoyance. Voici quelles en seraient les principales modalités :

Retraite facultative à partir de 65 ans, réversibilité de la moitié de la retraite sur la tête de la veuve — prime au décès de 25.000 francs — rente annuelle de 2.400 fr. pour les enfants mineurs jusqu'à leur majorité — en cas d'invalidité momentanée, indemnité de 50 francs par jour du 15e au 90e jour — en cas d'invalidité définitive, versement immédiat de la retraite.

Etant donné les difficultés inhérentes à la création d'un tel organisme, le montant de la retraite serait relativement faible pendant les premières années ; de même la cotisation, qui ne dépasserait pas 3.000 francs.

Il est à remarquer que la multiplicité des avantages offerts intéresse tous les médecins, les vieux comme les jeunes.

Ce projet doit encore être examiné par le ministère du Travail et c'est simplement après l'approbation de ce dernier, que la loi créant la Caisse autonome pourra être promulguée.

SAGES-FEMMES. — Un statut de la profession de sage-femme est actuellement en préparation. L'obtention du diplôme nécessiterait un an d'études dans une école d'assistantes sociales et deux ans dans un centre universitaire.

Les sages-femmes seraient groupées en une section rattachée à l'Ordre des médecins et encadrées par des médecins accoucheurs et des gynécologues. Elles

ne pourraient donner leurs soins que pour les accouchements normaux à l'exclusion des fausses-couches.

LE CONTRÔLE MÉDICAL DE LA JEUNESSE serait organisé depuis la période prénatale jusqu'à l'incorporation dans les camps de jeunesse. Il aurait lieu aussi bien dans les écoles primaires, secondaires ou supérieures, que dans les établissements professionnels. On procéderait obligatoirement aux cuti-réactions et aux examens d'investigation qui paraîtraient nécessaires.

Comme complément de ce contrôle, on envisage la création d'un certain nombre d'établissements de soins et de prévention destinés à recevoir les jeunes.

OFFICE DE DOCUMENTATION. — A dater du 1er octobre 1942, fonctionnera sous la direction du Docteur DOURNEL, un Office de documentation et d'information auprès du Conseil supérieur. Cet office s'occupera notamment de la question des postes médicaux, aura un service de remplacements, mais non de cessions de clientèle.

UNE COMMISSION DE SECOURS est créée auprès du Conseil supérieur. Elle rassemblera et représentera les différentes œuvres médicales d'assistance existantes et aura pour but de coordonner leur action afin de les rendre plus efficaces.

K. V. D. — Etant donné le nombre d'ouvriers français travaillant à l'heure actuelle en Allemagne, la convention avec la K. V. D. est appelée à jouer sur une échelle beaucoup plus large, s'étendant à la France entière. Le Conseil supérieur demande aux médecins de prendre le plus grand soin de la rédaction des feuilles spéciales afin de faciliter son travail.

VÉLO-MOTEURS. — Le Conseil supérieur a reçu 2.839 demandes de vélo-moteurs. Malheureusement, 1.237 seulement lui ont été accordées. La répartition se fera selon toute vraisemblance en fonction de la date de demande.

CHAUFFAGE. — Le Conseil supérieur s'est également occupé de l'approvisionnement des médecins en charbon et butane à titre professionnel.

Commission régionale et Comité de coordination de la Région sanitaire de Paris

Réunion du 28 juin 1942

L'application de la Charte du travail et ses répercussions sur l'exercice de la médecine ont fait l'objet d'un ample débat dont les conclusions ont été les suivantes : Consciente de ses devoirs sociaux, la Corporation médicale représentée par l'Ordre est toute disposée à offrir sa collaboration la plus active pour toutes les réalisations médico-sociales envisagées par les autres Corporations et par leurs Comités sociaux. Ainsi que cela a été fait pour l'application de la loi sur les Assurances sociales, le Corps médical demande que l'organisation des services médicaux créés par les Corporations soit réglée en accord avec l'Ordre des médecins et par le moyen de conventions analogues à celles prévues par la loi des Assurances sociales. La Commission régionale est pour sa part décidée à s'opposer à toute organisation de soins créée sans l'accord des Conseils départementaux de l'Ordre et qui ne respectera pas les principes auxquels le Corps médical est traditionnellement attaché ; elle engage les Conseils départementaux à déférer devant leur juridiction les médecins qui, isolément ou en groupes, croiraient devoir s'entendre directement avec les Corporations pour créer des organisations de soins en dehors des règles établies par l'Ordre.

La médecine d'usine a fait d'autre part l'objet d'un débat à l'issue duquel a été rédigé un contrat-type pour les médecins chargés d'un service médico-social d'usine. Ce contrat prévoit notamment que le médecin d'usine ne doit pas donner de soins, hormis le cas d'urgence. *(Communiqué.)*



PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE
DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

SUR CINQ COUPLES STÉRILES

Leçon clinique du Professeur G. JEANNENEY
(mai 1942)

Le problème de la stérilité est d'une importance primordiale aux points de vue biologique, social, familial et médical. Il relève souvent moins du sociologue et du philosophe que du médecin, parce que ce dernier peut lutter efficacement, d'une part contre la stérilité volontaire par son action morale, d'autre part contre la stérilité accidentelle. Celle-ci est loin d'être exceptionnelle comme le prouve le nombre de couples qui se présentent à notre consultation de stérilité.

On dit qu'un couple est stérile lorsque, après deux ans de vie conjugale normale, il reste sans enfants.

Avant de vous présenter quelques exemples de stérilité, un *rappel physiologique* semble indispensable.

Pour que la fécondation soit possible, il faut (*Fig.* 1) :

1° Que des spermatozoïdes, en nombre et de qualité convenables soient déposés dans la glaire filante du col : 30 % des stérilités sont le fait du mari ;

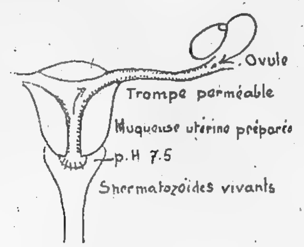


FIG. 1

2° Que le spermatozoïde trouve un *milieu* favorable à sa progression dans l'utérus. Ce « milieu » apparaît au 14e jour du cycle comme une sécrétion translucide à pH alcalin —7,5, si la sécrétion folliculinique a été normale.

Le spermatozoïde progresse jusque dans la *trompe* à la rencontre de l'ovule, qui vient d'être pondu. Si la trompe est oblitérée, rigide, dépourvue de ses cils par une salpingite antérieure, cette rencontre ne peut avoir lieu;

3° Puis, l'*œuf fécondé* descend vers l'utérus et s'y fixe : cette nidation ne peut se faire que si la muqueuse utérine a été préparée par les sécrétions ovariennes — folliculine, puis progestérone.

A toutes ces étapes, des obstacles à la fécondation se rencontrent : ce sera l'art du gynécologue de les reconnaître et de les traiter.

Les reconnaître est une tâche facile dans les *stérilités de cause évidente* :

— *Chez le mari*, l'absence de spermatozoïdes, l'oligospermie, la pyospermie, la nécrospermie (syphilis, carences), sont des causes nettes et souvent curables de stérilité.

— *Chez la femme*, l'aplasie de l'appareil génital (infantilisme), la mort de l'ovule (syphilis), l'infection utérine (gonococcique) et surtout l'oblitération tubaire sont des causes évidentes, et souvent aussi curables de stérilité.

Par contre, il est des stérilités qui frappent des femmes parfaitement développées, à trompes perméables, sans infections. Pour en comprendre le mécanisme, il est nécessaire de vous rappeler les diverses phases du cycle œstral (*Fig.* 2) :

Dans les premiers jours qui suivent les règles, sous l'influence de la gonadostimuline A, un follicule se développe. Il sécrète de la folliculine, qui agit sur la muqueuse utérine : des glandes droites, puis légèrement ondulées apparaissent, prolifèrent (mitoses), secrètent un mucus filant.

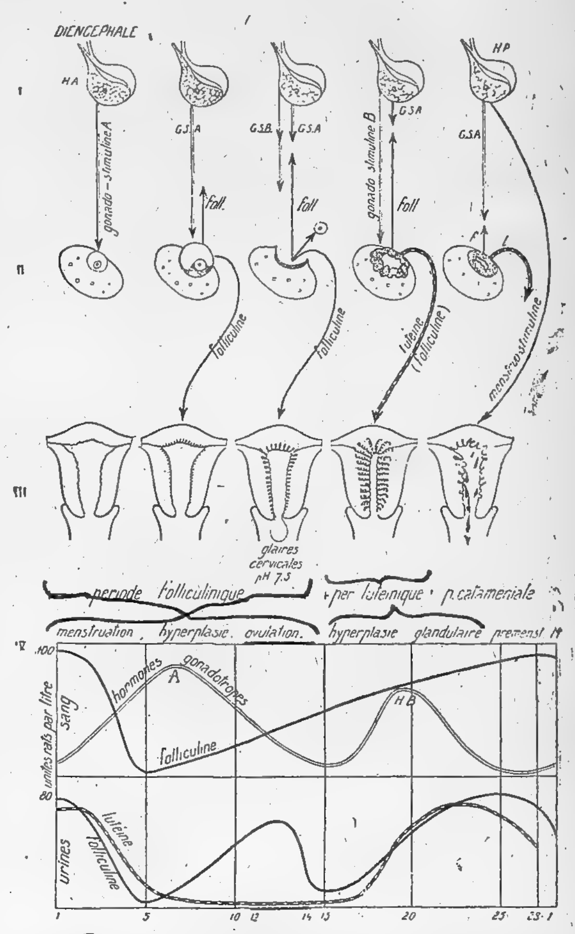


FIGURE 2 — *Schéma du cycle menstruel* : 1) *action de l'hypophyse* (I) (hormones gonado-stimuline A et B) sur la maturation du follicule ovarien (II) puis sur le développement du corps jaune ; 2) *Action de l'ovaire* (II) hormone folliculaire et lutéinique) sur les phases de la muqueuse utérine (III) . hyperplasie simple. puis hyperplasie glandulaire prégravidique . 3) Variations concomitantes et actions antagonistes des *hormones* a) *gonadotropes* (en raison inverse de folliculine. b) *folliculinique*. etc.), lutéinique dans le sang et l'urine, au cours du cycle. Ce schéma n'indique pas la fonction hormonale utérine (Jeanneney et Rossel)

Vers le 14e jour (pour un cycle de 28 jours), le *follicule se rompt*, l'ovule tombe dans la trompe et y chemine. Sous la poussée de folliculine, les glandes secrètent un mucus alcalin, où le spermatozoïde nagera aisément. Ce 14e jour représente le moment, de *fécondité physiologique* bien établi par Ogino et Knauss.

Le follicule éclaté est remplacé par une glande, — le corps jaune — dont la sécrétion ou *progestérone* agit à son tour sur la muqueuse utérine (à condition qu'elle ait été préparée par la folliculine). Ses glandes vont se contourner en tire-bouchon, se plisser (apparition d'épines conjonctives intraglandulaires et de

rosettes ou d'éventails glandulaires), se mettre à sécréter du glycogène : les colorations iodées montrent, dès le 20e jour, les cellules bourrées de grains de glycogène, qui tombent dans la cavité glandulaire, constituant un milieu favorable à la nidation de l'œuf. La muqueuse, examinée alors, a un *aspect en dentelle* caractéristique.

Si l'œuf n'est pas fécondé, le corps jaune s'atrophie et, le 28e jour, la muqueuse s'exfolie : ce sont les *règles*.

A chaque étape du cycle, on peut donc être fixé sur la sécrétion folliculinique, la ponte et la sécrétion lutéinique, par l'étude de la biopsie de la muqueuse utérine appelée justement par Moricard — à qui on doit tant d'importantes acquisitions dans ce domaine, — *biopsie cyto-hormonale*. C'est le meilleur moyen de nous renseigner sur le fonctionnement ovarien.

Il en existe d'autres :

a) Le *dosage des hormones*, très difficile pour la folliculine, facile pour la progestérone ;

b) *L'étude de la courbe thermique* (Mocquot et Palmer) qui, notée chaque matin, montre pendant la première moitié du cycle une température un peu inférieure à 37°, et, pendant la seconde moitié, s'il y a sécrétion lutéinique, une légère élévation au-dessus de 37° ;

c) Le *dosage des vitamines* : la vitamine E accompagnant la folliculine et la vitamine C la progestérone.

***

Conduite à tenir. — L'examen du couple stérile doit être méthodique et minutieux. En général, il est nécessaire de revoir les malades trois fois, au cours du cycle, pour être exactement éclairé.

Souvent la femme se présente seule — parce qu'elle est plus tourmentée par son foyer désert que le mari, — ou parce que ce dernier est retenu par une sorte de pudeur ou d'orgueil stupide décidant que la stérilité ne peut venir de lui, et estimant à tort que puissance sexuelle et fécondité sont corollaires. De toute façon, on commencera par l'interrogatoire de la femme, se réservant d'interroger et d'examiner le conjoint pendant que sa compagne se déshabille.

OBSERVATION I. — Jeune femme de 26 ans ; mariée depuis six ans sans jamais un signe de grossesse (stérilité primaire). Interrogeons-là sur ses antécédents familiaux : la paucinatalité, les avortements, la mortalité infantile sont à relever.

Dans les antécédents personnels, on recherchera les atteintes tuberculeuses (surtout péritonéales), les oreillons (avec ovarite), les maladies infectieuses post-pubertaires. Enfin, on s'enquerra de la vie génitale proprement dite :

Q. — *A quel âge avez-vous été réglée pour la première fois* ? A 14 ans. — *Etiez-vous déjà bien formée longtemps avant vos règles* ? (seins, poils, signes de fonctionnement folliculaire ?) Je crois que oui.

Q. — *Une fois vos règles apparues venaient-elles régulièrement* ? Oui. — *Tous les 28 jours* ? Oui. — *Abondantes* ? Normales. — *Douloureuses* ? Un peu le premier jour. — *S'accompagnaient-elles de tension des seins* ? *du ventre* ? (signe d'hyperfolliculine). Oui. — *Pas de pertes blanches dans l'intervalle des règles* ? Oui. — *Blanches ou jaunâtres* ? Verdâtres comme du pus ? *Depuis quand* ? Depuis mon mariage (gono ?). *En avez-vous encore* ? Non, on m'a soignée pour une métrite. J'ai eu alors une petite salpingite à gauche, mais je suis tout à fait guérie.

On interroge alors avec tout le tact voulu sur vie sexuelle et libido de la femme. — *Lorsque vous étiez jeune, étiez-vous très jeune fille. Aimiez-vous danser, flirter* ? Oui. — *Et, depuis votre mariage, comment êtes-vous* ? *Etes-vous froide ou ardente* ? *Au point de vue désir sexuel* ? *Plaisir* ? Je crois être normale, ni trop, ni trop peu.

On se renseigne alors sur la fréquence des rapports et leur perfection. *Avez-vous des rapports fréquents* ? Deux fois par semaine. — *Avez-vous fraudé pour éviter d'avoir des enfants* ? Oui, au début de mon mariage. — *Et depuis* ? Depuis quatre ans, nous ne prenons aucune précaution. Les rapports incomplets (vaginisme, déchirures du périnée), les erreurs (lever immédiat, injection antiseptique pré-ou post-coïtum seront également recherchés).

On passe alors à l'examen de la malade : on note d'un coup d'œil son type morphologique : hypoplasique, (infantilisme), obèse (hypothyroïdienne), surrénalienne (virilisme), etc...

L'examen général (tuberculose, diabète, hépatisme) terminé, on insistera sur l'examen de la sphère sexuelle : seins, répartition des poils, — enfin appareil génital.

Ici, la vulve « miroir de l'utérus » est normale, les lèvres « succulentes », indiquent une bonne sécrétion folliculinique. Le *toucher vaginal* ne montre ni bride, ni utérus infantile, ni rétroversion. Les annexes ne sont pas perceptibles. Au *speculum*, il n'existe ni vaginite, ni cervicite. Le *pH cervical* mesuré au réactif de Guillaumin est de 6 (au 21e jour du cycle, c'est normal). Le *test de Schiller* (pratiqué en pulvérisant une solution iodo-iodurée fraîche sur le col donne une coloration brun acajou indiquant une glycogénèse correcte.

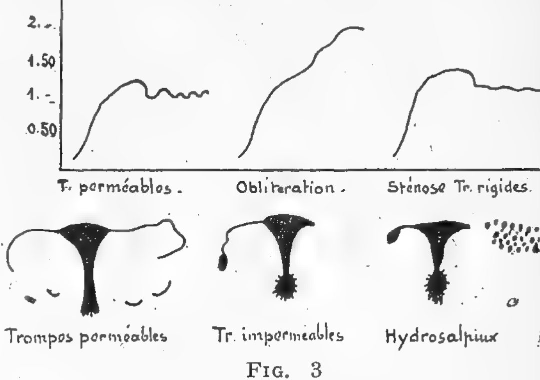


FIG. 3

Il nous faut enfin procéder à deux épreuves : l'insufflation tubaire kymographique et la biopsie cyto-hormonale.

Nous pratiquons l'insufflation avec l'insufflateur de Palmer. Mme Bernard va procéder devant vous à cette exploration : le style monte sur le cylindre enregistreur, dépasse 7 mm. de pression, atteint 15, puis 20 mm. A ce moment, la malade éprouve une douleur dans le bas-ventre. On recommence à deux reprises l'épreuve, mais en vain : l'*insufflation est négative*, les *trompes sont oblitérées*, cause importante de stérilité.

Le lipiodol montre ici que le liquide opaque resté dans les trompes et que, le jour suivant, on n'en trouve plus trace, ni dans les trompes, ni entre les anses intestinales (épreuve de Cotte). Il s'agit donc bien d'une oblitération tubaire, cause de stérilité, et, si sérieuse, qu'il paraît inutile ici d'examiner le mari et de faire une biopsie cyto-hormonale.

Voici une série de courbes d'insufflations et de lipiodols, ces derniers admirablement réalisés par MM. Réchou et Rosset, montrant divers types d'oblitérations (o. du pavillon ; o. au ras de l'utérus ; o. par hydrosalpinx) (*fig.* 3).

OBSERVATION II. — Femme de 25 ans, mariée depuis cinq ans. Histoire d'infection gonococcique. Au speculum, col sain ; mais en exprimant les lèvres du col, on fait sourdre du pus. Un frottis montre les polynucléaires et des gonocoques extra-cellulaires. C'est la cause de cette stérilité : endocervicite : vieille infection qu'il faut annihiler avant d'aller plus avant.

OBSERVATION III. — Grande femme longiligne « aspergillaire » (sans poussées congestives) hanches et fesses plates : aspect « garçon ». A l'examen, petit utérus avec long col (utérus infantile).

La glaire cervicale n'est pas alcaline. L'insufflation montre des trompes perméables, mais *la biopsie cyto-hormonale*, au 23e jour du cycle, révèle l'absence de glycogène : il y a donc eu ici ou menstruation sans ovulation, ou absence de corps jaune. Une nouvelle insufflation confirme cette absence de corps jaune, puisque faite au 26e jour ; l'injection de post-hypophyse a déclenché de vives contractions utéro-tubaires, qui n'auraient pas dû se produire s'il y avait eu corps jaune. L'absence de corps jaune est ici une cause de stérilité.

OBSERVATION IV. — Ici tous les examens sont normaux, mais au 22e jour, il n'y a pas de glycogène. Par contre, on en trouve au 8e jour. Et la courbe thermique semble prouver qu'il y a ovulation au 6e jour. C'est là un cas un peu particulier qui confirme l'opinion du Professeur Dubreuil, à savoir que l'ovulation ne se produit pas toujours au milieu du cycle.

OBSERVATION V. — Couple où la stérilité ne paraît pas imputable à la femme. Le sperme du mari, examiné aussitôt après éjaculation, montre de rares spermatozoïdes : 10 par champ, peu mobiles. C'est là encore une cause sérieuse de stérilité.

Le mari ne se prête pas toujours de bonne grâce à l'examen. Et pourtant celui-ci peut révéler des causes importantes de stérilité : cryptorchidie, atrophie testiculaire, hypospadias. A l'égard de l'examen du sperme, l'homme se dérobe souvent et, sous divers prétextes, se refuse à tout examen. Dans ce dernier cas, on a un moyen indirect d'obtenir du sperme, c'est de le prélever sur le col de la femme moins de 4 heures après un rapport, de préférence à l'époque de la glaire cervicale. On doit alors trouver de nombreux spermatozoïdes mobiles. Mais s'il y a oligo ou nécrospermie — ou si le milieu cervical est spermicide, on ne trouvera que des cadavres de spermatozoïdes.

A côté de ces causes grossières de stérilité, il en est qui nous échappent encore et tel couple, parfaitement adapté en apparence à la procréation, restera cependant stérile. On trouvera sur ces différentes questions d'intéressants renseignements dans la thèse de Paulin (Bordeaux 1940) ; dans les travaux de Moricard, de Palmer, de Seguy, de Portes, de Douay, de Cotte, de Dubreuil et Jeanneney, de Béclère, de Vignes, qui, en France, se sont plus spécialement occupés de cette question.

En résumé, il est des stérilités de cause évidente :

1° *Masculine* : azoospermie, oligospermie, pyospermie, nécrospermie, qui relèvent de l'urologue et de l'endocrinologue (hormone gonadotrope et vitamine E).

2° *Féminine* :

1. Les *oblitérations tubaires*, que le lipiodol ou les insufflations répétées n'auront pas réussi à débloquer, relèvent du traitement chirurgical, à condition que la biopsie cyto-hormonale montre un bon fonctionnement ovarien. Mais ce traitement (plastie tubaire) n'assurera pas toujours la guérison, car la trompe est souvent gravement lésée, rigide, dépouillée de ses cils vibratiles et de ses sécrétions muqueuses favorables à la rencontre des gamètes.

2. Les *cervicites* relèvent d'un traitement local : désinfection aux sels d'argent et aux sulfamides, *diathermie*, et d'un traitement général (chimiothérapie) : ce sont les stérilités qui guérissent le mieux.

3. Les *troubles fonctionnels de l'ovaire* révélés par la biopsie cyto-hormonale du 22e jour, appellent des traitements divers selon le trouble constaté :

a) *Hypotrophie muqueuse* : donner de la gonad-hormone à effet A et B ;

b) *Etat folliculinique persistant* au 20e jour ; donner de l'hormone gonadotrope B, par exemple hormone gonadotrope ou antélobine et de la progestérone dès le 14e jour du cycle ;

c) *Hyperfolliculinie* : donner de la testostérone (15 premiers jours) et de la progestérone et de la vitamine C dans les 14 derniers jours.

4. Lorsqu'on ne trouve *pas de causes nettes* à la stérilité, et c'est fréquent, on pourra selon les indications dilater le col, faire de la diathermie génitale, traiter les rétroflexions (au besoin par une pexie) et en même temps exciter la fonction reproductrice en donnant de la vitamine E. Enfin, on pourra, comme nous l'avons conseillé, essayer l'autohémothérapie pour désensibiliser la femme à certaines incompatibilités humorales. Quant à la « fécondation artificielle » que certains ménages réclament, elle consiste en une insémination intracervicale faite par le gynécologue à la phase de fécondité physiologique. Cette petite opération doit être pratiquée avec le sperme du mari recueilli *in vas feminimum*, si l'on veut respecter les règles édictées par l'Eglise qui a étudié de près cette question. Le donneur étranger représente en effet une sorte d'adultère camouflé, d'ailleurs accepté par certains couples stériles comme préférable à l'adoption, toujours hasardeuse.

***

Malgré les progrès réalisés dans ces dernières années, bon nombre de ménages restent stériles. C'est que le problème est fort complexe. Si, au point de vue familial, il est souvent le point de départ de drames muets et douloureux, si, au point de vue social, il participe dans une mesure importante au grave problème de la dépopulation, au point de vue biologique général, il pose dans quelques cas l'énigme angoissante du déclin de certaines races. Et c'est ce qui explique peut-être la passivité de quelques couples devant leur stérilité. Mais le devoir du gynécologue, qui perçoit la tare de la race qui meurt, est de chercher à lutter contre elle, en sauvegardant les éléments sains et en cherchant avec ferveur les causes de ce déclin pour les combattre et en triompher.

TRAITEMENT CARDIAQUE ET ARTÉRITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

par A. GAQUIÈRE (d'Angoulême)

Des nombreux agents thérapeutiques préconisés contre l'artérite des membres inférieurs, émerge le chlorure d'acétylcholine, médication banale autant que décevante et dont la commodité de prescription compense à peine son habituelle inefficacité ; palliatif éphémère, ce vaso-dilatateur artériel ne supprime pas vraiment la douleur et n'empêche nullement la maladie d'évoluer. Le même reproche peut s'adresser à tous les moyens médicaux, qu'il s'agisse des autres vaso-dilatateurs (histamine nitrite de soude, ail, papavérine), des médicaments dits eutrophiques comme l'insuline, les extraits pancréatiques désinsulinés, la folliculine, dernière en date dans cette série, qu'il s'agisse enfin des modificateurs sanguins (citrate de soude, injections intra-veineuses de chlorure de sodium).

Rapidement, il faut en venir à la gamme des méthodes portant sur le sympathique et dont nous devons la codification au Professeur Leriche infiltration lombaire, sympathectomie péri-artérielle, artériectomie de la zone oblitérée, section des splanchniques, sympathectomie lombaire.

Pour reprendre les expressions mêmes de Leriche, l'oblitération d'une artère met le réseau de ses collatérales en état de vaso-constriction permanente et c'est en visant le spasme, en cherchant à instaurer un régime circulatoire de vaso-dilatation, qu'il faudra traiter la douleur des artéritiques, mais la pathologie est une « tragédie aux cent actes divers » et, dans quelques cas, la disparition des troubles fonctionnels, liés à l'ischémie artérielle des membres inférieurs pourra être obtenue par des méthodes étrangères à la chirurgie du sympathique ; il semble qu'il en ait été ainsi dans l'observation que nous allons résumer.

L. C..., âgé de 46 ans, avril 1938, installation de phénomènes douloureux localisés au membre inférieur droit.

a) Douleurs intermittentes n'apparaissant qu'à la marche, siégeant au mollet et comparables à un lien fortement serré ; ces douleurs obligent le malade à s'arrêter ;

b) Douleurs continues à type d'engourdissement avec impression de froid que rien ne peut atténuer ; ces douleurs sont localisées aux orteils.

Rapidement, exagération des signes fonctionnels : d'une part, la claudication intermittente apparaît au bout d'une cinquantaine de pas, d'autre part, en raison de l'aggravation des douleurs continues — sensation très pénible de froid au pied et de vive constriction à la racine du premier orteil — tout sommeil devient impossible : les injections de morphine n'entraînent qu'une légère sédation.

Examen physique, mai 1938.

1° Au membre inférieur droit, refroidissement des téguments du pied. Erythrose de déclivité intéressant la quasi-totalité du pied. Troubles trophiques : ongle du premier orteil cassant et fendillé. Abolition des oscillations au tiers inférieur de la jambe droite ; à gauche, indice oscillométrique égal à une division et demie ;

2° Cœur. Tachyarythmie complète permanente (144 pulsations par minute). Electrocardiogramme : fibrillation auriculaire. Cette arythmie complète semble s'être installée en même temps que les douleurs du membre inférieur droit (mars-avril 1938) Orthodiagramme : cœur augmenté de volume. Tension artérielle : 13-9.

Par ailleurs, rien d'anormal. B. W. négatif. Urée sanguine : 0 gr. 41.

Devant cet ensemble de faits, nous prescrivons un traitement double dirigé à la fois contre le syndrome d'ischémie artérielle et l'arythmie complète :

a) Traitement du syndrome d'ischémie artérielle Séries d'acécholine (soit simple, soit associée à la papavérine). Inefficacité de ce traitement ;

b) Traitement de l'arythmie complète. Après cure digitalique (dix gouttes par jour de la solution au millième pendant six jours), sulfate de quinidine administré à doses progressivement croissantes (0 gr. 20 ; 0 gr. 40 0 gr. 60 ; 0 gr. 80 ; 1 gramme ; 1 gr. 20 jusqu'à un total de 8 gr. 40 pour une période de dix jours). Persistance de la fibrillation auriculaire.

Deuxième tentative analogue à la première en juillet 1938. Régularisation de l'arythmie complète. Pouls à 80. Sur le tracé électrique (1er août 1938), réapparition de l'accident auriculaire P ; rythme sinusal.

Dans les jours qui suivent la régularisation de la fibrillation auriculaire, atténuation considérable des douleurs ; marche quasi-normale (le malade peut effectuer des promenades de trois à quatre kilomètres) ; claudication intermittente très fruste ; quant aux douleurs permanentes, elles se réduisent à une simple gêne localisée au bord externe de la phalange proximale du premier orteil. Objectivement, disparition de l'érythrose de déclivité, repousse normale de l'ongle sans altérations trophiques, réapparition d'une légère transpiration au niveau des orteils droits.

A partir de novembre 1938, nécessité d'une marche rapide en terrain montant pour que le malade éprouve une légère crampe au mollet droit. possibilité d'effectuer des marches de cinq kilomètres sans aucune fatigue.

Contrastant avec une telle amélioration fonctionnelle, l'indice oscillométrique demeure invariable.

Parallèlement, l'état du cœur reste très satisfaisant. D'août 1938 à août 1939 aucun retour offensif de la fibrillation auriculaire ; à partir d'août 1939 accès passagers de tachycardie cédant rapidement à une dose peu élevée de sulfate de quinidine (0 gr. 60).

Mars 1941. Retour de la fibrillation auriculaire ; pouls à 70 ; tension artérielle ; 12 1/2-8 ; inefficacité de la quinidine.

Aux membres inférieurs aucun changement.

19 mars 1941. Céphalée subite, puis hémiplégie droite avec aphasie et obnubilation aboutissant en quelques heures au coma. Décès dans la soirée.

Toutes considérations étiologiques mises à part, l'intérêt de cette observations nous semble résider dans le parallélisme évolutif qui s'est manifesté entre la fibrillation auriculaire et les troubles fonctionnels (claudication intermittente) liés à une artérite sténosante des membres inférieurs.

D'une part, c'est au moment où le taux de tachycardie fut le plus élevé (144 pulsations par minute) que les symptômes en rapport avec la thrombo-angéite acquirent leur maximum d'acuité (érythrose de déclivité, troubles trophiques, douleurs de décubitus empêchant tout sommeil).

D'autre part, dès la régularisation de l'arythmie complète sous l'influence du sulfate de quinidine, une sédation vraiment remarquable des douleurs d'artérite se produisit et cette sédation fut quasi-instantanée ; le malade qui, au préalable était dans l'impossibilité de marcher au-delà de quelques pas, put après un délai de deux semaines effectuer des promenades de trois et quatre kilomètres. Cet excellent résultat thérapeutique se maintint pendant plus de deux ans (août 1938 à février 1941).

Tout semble s'être passé comme si à un meil-

(1) L'observation détaillée a été communiquée à la Société française de cardiologie. Disparition des douleurs liées à une artérite des membres inférieurs après régularisation d'une arythmie complète coexistante par A. GAQUIERE et P. VIROULAUD, présentés par C. LIAN, (séance du 29 juin 1941).

leur fonctionnement cardiaque avait immédiatement répondu une meilleure circulation périphérique.

Cette amélioration qui fut d'ailleurs toute fonctionnelle, puisque l'indice oscillométrique demeura invariable, montre le rôle important que joua, chez notre malade, l'élément cardiaque dans la genèse des troubles fonctionnels liés à l'artérite.

L'importance de l'élément cardiaque s'est encore manifestée lors des accidents terminaux, puisque le ramollissement cérébral survint alors que le cœur était redevenu irrégulier et que le sulfate de quinidine avait cessé d'être efficace.

Au cours des ictus cérébraux, Foix soulignait le rôle de l'insuffisance cardiaque, soit conséquence des troubles myocardiques, soit conséquence des saignées, comme l'avait signalé antérieurement Clovis Vincent.

Partant de cette notion que le cœur peut être la cause de la défaillance circulatoire, certains auteurs ont proposé une thérapeutique uniquement cardiaque des ictus cérébraux (1).

Notre observation permet de supposer que, dans une certaine mesure et tout en se gardant d'une généralisation excessive, il pourrait en être de même dans les artérites sténosantes des membres inférieurs et que ces dernières seraient susceptibles d'être favorablement influencées par l'amélioration du rendement cardiaque.

En pratique, une défaillance myocardique avec bruit de galop ou insuffisance mitrale fonctionnelle justifiera l'emploi de cures digitaliques répétées et, dans les cas graves et rebelles, de l'ouabaïne en injections intra-veineuses; simultanément seront prescrits le repos au lit, la réduction alimentaire, les laxatifs et les diurétiques.

Une arythmie complète concomitante autorisera un essai de régularisation par le sulfate de quinidine, à la condition, toutefois, de ne point se départir d'une grande prudence, de respecter les contre-indications de cette drogue (insuffisance cardiaque surajoutée, bradycardie, tendances syncopales, antécédents emboliques) et d'observer scrupuleusement les règles thérapeutiques suivantes : faire précéder toute cure quinidique d'un traitement cardiodynamique (digitaline ou strophantus), mettre le malade au repos, administrer le médicament suivant une posologie progressive, ne jamais dépasser la dose maximum de 1 gr. 60 par vingt-quatre heures, fractionner la dose globale en prises de 0 gr. 20.

Enfin, médication d'un usage courant, la caféine, la spartéine et le camphre seront indiqués dans tous les cas où l'on pensera que la circulation a besoin d'être activée et stimulée.

---

(1) *Loca. citata.* Indications thérapeutiques au cours des ictus par ALAJOUANINE, *in* Thérapeutique médicale de LOEPER. Tome VIII, Masson, 1935.

« TÉTANOS POST - ABORTUM »

Le tétanos *post abortum* considéré par certains auteurs comme assez exceptionnel, est, en réalité, beaucoup moins rare qu'on ne l'a dit : c'est ainsi que Denoix et Lenormant ont pu relever, en 1941, vingt observations nouvelles de cette grave complication de l'avortement. Il convient d'y ajouter deux cas récents de Poilleux, d'autres de Pierre Brocq, Blondin, Mondor, etc.

Les accidents tétaniques peuvent survenir précocement après les manœuvres abortives. Ils peuvent aussi apparaître quelquefois tardivement (trois semaines après l'avortement dans un cas de Poilleux).

Le caractère essentiel de ce tétanos est sa gravité : Auvray et Frantz, en 1926, donnaient une mortalité de 85 % ; Kentmann, en Allemagne, de 93 % ; Denoix et Lenormant de 75 %. On a invoqué pour expliquer cette gravité, d'une part l'infection complexe, dont l'utérus est souvent le siège en pareille circonstance et, d'autre part, la pénétration toxique massive au niveau de la muqueuse utérine lésée dans l'avortement provoqué.

La thérapeutique du tétanos *post abortum* a été bien étudiée dans un rapport présenté le 26 novembre 1941, à l'Académie de chirurgie, par M. Gatellier. Deux groupes de moyens peuvent être mis en œuvre : chirurgicaux et médicaux. Il est des cas où l'indication d'une thérapeutique locale ne souffre aucune hésitation : ce sont ceux où les accidents tétaniques sont précoces, où l'utérus contient encore des débris placentaires, où la plaie utérine est encore largement béante. Les auteurs sont d'accord toutefois pour rejeter ici le curetage instrumental. On aura recours au curage digital, moins traumatisant, ou à l'hystérectomie. Lorsque les accidents tétaniques sont tardifs, lorsque l'utérus est petit, le col normal, on peut mettre en doute la réalité d'un foyer évolutif utérin. L'hystérectomie apparaît alors discutable, car elle ajoute un élément d'aggravation à la maladie. Dans les cas intermédiaires, s'inspirer de l'état local.

Le traitement médical est essentiellement constitué par la sérothérapie, à laquelle on associe l'anesthésie ou même la curarisation, contre les contractures. Les résultats de ce traitement médical sont, il est vrai, assez décevants, l'intoxication générale étant le plus souvent trop intense pour que la sérothérapie puisse la combattre efficacement.

M. Gatellier se demande, enfin, devant la lourde mortalité de cette affection, s'il n'y aurait pas lieu de recourir au traitement préventif, par la vaccination anti-tétanique, dans tous les cas d'avortement. On n'éviterait probablement pas tous les tétanos *post abortum*, mais on arriverait peut-être à en atténuer le pronostic sévère.

P. L.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Vaccin contre le typhus exanthématique

(M. BROCQ-ROUSSEU ; 10-3-1942)

M. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur de Paris, a demandé pour cet Institut l'autorisation de délivrer en France un vaccin antirickettsien contre le typhus exanthématique, préparé selon la technique de Paul Durand et Paul Giroud, décrite dans leur note du 18 mars 1940 à l'Académie des Sciences. Cette technique est la suivante : par inoculation trachéale de rickettsies de source humaine, des cultures sont obtenues dans les poumons chez le lapin. Les dits poumons sont broyés et émulsionnés dans du sérum physiologique formolé à 7 p. 1.000. On a ainsi une suspension de rickettsies tuées, non virulentes, mais protégeant contre l'inoculation du virus.

La vaccination nécessite trois injections sous-cutanées, à la fosse sous-épineuse, de 1 c. c., à huit jours d'intervalle.

Sur rapport de M. Brocq-Rousseu, l'Académie vote un avis favorable à la demande de M. Tréfouël.

Activité physique et ration alimentaire actuelle

(M. LE NOIR ; 10-3-1942)

M. Le Noir envisage à nouveau la pratique de l'activité physique, chez les sujets jeunes, dans ses rapports avec la ration alimentaire actuelle. Pour permettre de ne pas trop restreindre cette activité physique et l'éducation sportive utile, il faudrait s'efforcer de fournir à chaque sujet jeune une ration supplémentaire de 300 à 400 calories. Une surveillance médicale reste nécessaire.

Prophylaxie des infections typho-paratyphoïdes pendant la campagne 1939-1940

(MM. LIÉGEOIS, SOHIER et AUJALEU. — Présentation par M. G. RAMON ; 10-3-1942)

La vaccination anti-typho-paratyphoïdique, pratiquée très largement aux armées jusqu'en mai 1940 a rendu les infections typho-paratyphoïdes rares pendant la campagne 1939-1940. Les cas observés ont relevé surtout du paratyphique B dont certaines variétés, on le sait, offrent quelque résistance à la vaccination actuelle.

Parlant des réactions vaccinales graves, les auteurs notent que leur proportion est restée inférieure à 1 p. 100.000 environ, et qu'elles étaient pour la plupart imprévisibles. Elles sont plus exceptionnelles encore après usage du vaccin associé triple anti-typhoparatyphoïdique, anti-diphtérique, antitétanique.

Poids des enfants nés à l'automne 1941

(M. Henri VIGNES ; 10-3-1942)

Dans son service hospitalier, M. Vignes a trouvé une proportion d'enfants, de poids inférieur à la moyenne, plus élevée en 1941 qu'auparavant : 55 p. 100 au lieu de 46 p. 100.

La fièvre à phlébotomes dans le Languedoc méditerranéen

(MM. H. JANBON, H. HARANT et J. CHAPTAL, de Montpellier ; 10-3-1942)

Les auteurs ont observé depuis 1935, à la région Sud-Est de Montpellier, une endémicité estivale de fièvre de trois jours à phlébotomes. La maladie apparaît l'été, pendant la période très chaude, en juillet et août surtout. Les cas ont été moins nombreux pendant l'été 1941, particulièrement modéré.

L'affection débute par une hyperthermie intense (39°5-40°) qui dure trois ou quatre jours et s'accompagne de céphalée, courbature, injection conjonctivale, quelquefois vomissements. Le diagnostic est simple en milieu épidémique. Il faut toutefois éviter d'intégrer à la fièvre de trois jours tous les états fébriles de courte durée observés en été et pas toujours expliqués. Ecarter aussi le paludisme, la dengue, les formes pseudo-grippales de la spirochétose ictérigène. La fièvre à phlébotomes est une affection bénigne. Elle ne confère pas l'immunité. Les phlébotomes piquent l'homme à la tombée du jour ou aux premières heures de la nuit, à l'intérieur ou autour des habitations.

Place de la biscuiterie dans le ravitaillement

(M. L. LAPICQUE : 2-6-1942)

M. Lapicque montre que la fabrication et la vente des biscuits, dans les conditions de la réglementation actuelle, ne sauraient apporter aucun obstacle à la fourniture du pain. Il y a quelque temps le tarif d'échange des tickets de pain pour des biscuits correspondait à une quantité équivalente de blé. Aujourd'hui, le tarif a été remonté, en considération du sucre et de la matière grasse contenus dans les biscuits et, calculé en blé, on demande plus de tickets pour les biscuits que pour le pain (pour 100 grammes de biscuits, il faut remettre 160 grammes de tickets de pain). D'autre part, chez certains sujets, les jeunes enfants par exemple, les convalescents, les personnes âgées, etc., les biscuits ont un rôle alimentaire important, actuellement surtout où la farine de pain, blutée à 98 %, est moins digestible. Le Professeur Lapicque termine en présentant la motion suivante qui est votée par l'Académie : « La suppression des biscuits serait un non sens au point de vue du ravitaillement et une faute au point de vue hygiénique et médical ».

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Spirochétose méningée pure

M. BRULÉ, F. GILBRIN et R. GÉNÉVRIER (30-1-1942)

L'observation rapportée se singularise par ce fait que la méningite lymphocytaire curable restait absolument le seul syndrome clinique, et que la maladie ne reconnaissait pas l'origine hydrique par les bains de rivière, qui lui est habituelle : il s'agissait d'un ouvrier d'abattoir, occupé au nettoyage des boyaux, dans un atelier où abondent les rats, dont les déjections auraient causé une inoculation par voie transcutanée. Cette spirochétose méningée pure a reconnu la même étiologie que les formes hépato-rénales, fréquentes dans les abattoirs.

Accidents sériques graves à type d'insuffisance surrénale aiguë chez un addisonien

M. LOEPER, Fred SIGUIER et P. BOULANGER (30-1-1942

On connaît depuis longtemps l'extraordinaire vulnérabilité des addisoniens vis-à-vis de toute agression morbide. L'étude de ce cas permet d'ajouter la sérothérapie à la gamme déjà étendue des agents toxiques, qui risquent de rompre brutalement le cours d'une insuffisance surrénale chronique, jusqu'alors bien tolérée, et ceci avec une précocité, une importance et surtout une gravité toutes particulières. De

grands accidents d'insuffisance surrénale avec note digestive, psychique et cardio-vasculaire se sont développés en même temps qu'une urticaire généralisée, quelques jours après la sérothérapie ; ils ont cédé à l'adrénalinothérapie, d'où l'importance établie de l'adrénaline à doses suffisantes, par voie intraveineuse, dans le traitement d'urgence de telles manifestations.

G. F.

Société médico-chirurgicale des Hôpitaux libres

Les fractures vertébrales méconnues

(M. C. Rœderer ; 7-1-1942)

L'auteur présente un certain nombre d'observations de fractures vertébrales révélées par des symptômes survenus longtemps et même très longtemps après l'accident, mais prouvées par des radiographies ncontestables. Ces fractures portent tantôt sur la colonne postérieure — colonne de mobilité — ce sont les plus difficiles à déceler ; tantôt sur la colonne antérieure — colonne de force. En ce qui concerne ces derniers cas, il les discrimine du syndrome de Kummell-Verneuil. L'auteur attire à nouveau l'attention sur les difficultés d'un diagnostic qui soulève parfois de graves problèmes d'ordre médico-légal.

Terrain tuberculinique et fragilité des voies respiratoires

(M. Du Pasquier ; 4-3-1942)

L'école homéopathique a décrit un type clinique, un terrain « tuberculinique » se traduisant symptomatologiquement par de la fragilité des voies aériennes, des troubles circulatoires locaux (cyanose des extrémités) etc. M. Du Pasquier rapproche de ce type clinique le syndrome de « patraquerie bacillaire » de Burnand et les « tuberculoses atypiques » de Jacquelin.

Société de médecine de Paris (24-1-42)

Psychopathie et tuberculose

M. R. Dubois de Saujon expose l'étude statistique et clinique de 186 cas de troubles psychopathiques observés au début ou au cours de la tuberculose. Il insiste sur la nécessité de rechercher chez les psychopathes, l'existence d'une tuberculose causale toujours possible.

Société des Chirurgiens de Paris

Séance de février 1942

Rupture traumatique de la rate

M. Et. Bernard présente une observation de M. Thiboumery (de Saint-Malo) ayant trait à un garçon de 14 ans qui, à la suite d'un choc sur l'hypocondre gauche, a présenté un syndrome douloureux abdominal et un état lipothymique. Tous les signes étaient amendés quand M. Thiboumery fut appelé à voir le malade au 3e jour. Il l'opère néanmoins, trouve l'abdomen plein de sang et la rate fissurée sur la face interne et ne saignant plus. Splénectomie, guérison. Le rappor- teur insiste sur la nécessité de penser à la période de latence possible dans le cas de rupture de la rate et insiste également sur la nécessité de pratiquer, en cas de doute, une laparotomie exploratrice.

Kyste suppuré du grand épiploon et appendicite aiguë

M. Thiboumery. (Rapport de M. Soubrane)

La Presse

Le traitement des tuberculoses cutanées par la diathermo-coagulation

P. Lefevre expose que la diathermo-coagulation détruit le tissu tuberculeux et l'enserre progressivement dans du tissu de cicatrice. Par ses trois techniques : exérèse large, destruction combinée ou curettage, coagulation par points isolés, elle peut répondre à toutes les indications du traitement des tuberculoses cutanées, et notamment du lupus. Moins douloureuse, plus rapidement efficace, moins astreignante pour le malade, très satisfaisante quant aux cicatrices, cette méthode constitue sans conteste un progrès sur les procédés utilisés antérieurement. Malheureusement, elle ne met pas à l'abri de récidive, d'où la nécessité de persévérer dans le traitement. (*Archives hospitalières*, janvier-A, 1942).

Dix mois de traitement de gonococcie féminine par le 402 M

Le travail du Docteur Robert est basé sur l'observation de 156 cas de blennorragie chez des prostituées. L'auteur a recherché une amélioration des résultats en employant une combinaison d'aluminium à la para-aminobenzène sulfamidopyridine (402 M). Le mode de traitement, qu'il a jugé préférable, est la formule mixte : 2 grammes par voie intramusculaire, et 2 grammes par voie buccale, en un jour, ces doses étant répétées cinq jours durant. De cette manière, on évite les intolérances digestives, et l'on réduit au minimum les douleurs au point d'injection, surtout par l'adjonction de 4 à 5 c. c. d'eau distillée. Dans certains cas rebelles, malgré un premier échec, une deuxième cure s'impose, identique à la première et espacée de cette dernière de quatre jours. Si, malgré tout, il persiste encore du gonocoque, on passe au traitement par les vaccins.

A ces traitements, on associe des soins locaux : injection quotidienne de permanganate de potasse, et éventuellement (métrite du col ou cervicite) mise en place de crayons sulfamidés. (*Journal des Praticiens*, 13 septembre 1941).

La dyspepsie flatulente et les carminatifs

Le Professeur M. Loeper rappelle tout d'abord que cette dyspepsie du gonflement s'observe surtout chez ceux qui mangent trop ou mastiquent mal. Elle est due à l'accumulation des gaz dans l'estomac et aussi dans l'intestin. Le foie y joue son rôle, car il se prête souvent mal à la résorption des gaz intestinaux. Les carminatifs (anis, menthe, badiane, fenouil, cumin) ont dans le traitement une réputation qui n'est pas surfaite ; mais avec les accélérateurs de la digestion (excitants ou apaisants), les médicaments hépatiques (petits purgatifs, urotropine) et les fixateurs de gaz (charbon), ils constituent la thérapeutique étiologique ; or, à côté de la thérapeutique symptomatique des évacuants gastriques (serviettes chaudes, boissons chaudes, eau de mélisse, élixir de Garus), il faut encore compter avec la thérapeutique pathogénique.

C'est ainsi que l'on préviendra la formation des gaz avec une alimentation peu farineuse, avec les extraits pancréatiques, l'amylodiastase et les antiseptiques (benzonaphtol, etc.), on luttera contre l'aérophagie, et on conseillera les médicaments nerveux (valériane), sans négliger le traitement de la régulation ovarienne chez les femmes, qui font des crises aérophagiques à propos de leurs règles, avant ou pendant la menstruation. (*Gazette des hôpitaux*, 10 janvier 1942).

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

DE L'OBJECTIVITÉ EN CLINIQUE

« Il est plus nécessaire d'étudier les hommes que les livres ». Cette *maxime* de La Rochefoucauld a naguère été traduite, il y a quelque trente ans aux Congrès des Praticiens par l'expression « *l'hôpital, centre d'enseignement*», c'est-à-dire la prédominance de la clinique qui a établi solidement dans le cours du XIXe siècle le prestige de la médecine française, mais, en clinique, il faut abandonner les hypothèses faciles. Pour asseoir un diagnostic sérieux qui permette d'établir des indications thérapeutiques utiles et de se rendre compte de l'évolution de la maladie et de rechercher ses causes, il faut ne retenir que des faits objectifs.

C'est cette objectivité en clinique que développe M. le Professeur Villaret dans la première des Leçons qu'il vient de publier sous le titre de *Cliniques médicales du vendredi* (1). En prenant pour guide cette intéressante leçon nous exposerons sommairement ce que M. Villaret entend par méthode objective en clinique médicale.

***

La médecine ancienne, dépourvue d'esprit scientifique, se livra à des querelles de sectes sur des systèmes *a priori*. Après les écoles de Cnide et de Cos, les sectes dogmatique, empirique, méthodique, etc., se partagèrent les médecins grecs qui, seuls avec Hippocrate, Galien et de rares autres, firent sortir l'art médical du chaos des pratiques superstitieuses.

L'esprit dogmatique régna pendant le Moyen-Age jusqu'au XVIe siècle. Alors nous arrivons à l'époque des théories superficielles âprement défendues avec Van Helmont, Sylvius, Fernel, Stahl, Hoffmann, Sydenham, Boerhave, puis avec Banthez et Bordeu. De temps à autres, un éclair d'objectivité illumina les œuvres de ces médecins, surtout chez Vésale, A. Paré, Harvey, Bonet, Morgagni et même Descartes. Mais il faut en venir au XIXe siècle pour voir surgir les techniques modernes qui vont servir de bases à la clinique et la sémiologie objectives. A la palpation, la percussion, l'auscultation viennent aujourd'hui s'ajouter les recherches des laboratoires de chimie, de biologie, de pharmacodynamie, de radiologie, etc., recherches qu'il ne faut pas exagérer. Toute une équipe de chercheurs vient apporter sa contribution au diagnostic. Mais tous ces résultats d'analyses et de constatations viennent converger vers le clinicien qui reprend ses droits. C'est lui qui fera la synthèse de toutes ces données, qui, avec son bon sens, sa raison les appréciera, éliminera ce qui lui paraîtra faux ou suspect, établira le diagnostic qui permettra une thérapeutique d'autant plus efficace qu'elle sera plus précoce.

« On peut acquérir de l'expérience sans faire des « expériences, a dit Claude Bernard, par cela seul « qu'on raisonne convenablement sur les faits bien « établis, de même qu'on peut faire des expériences « et des observations sans acquérir de l'expérience si « l'on se borne à la constatation des faits. »

S'inspirant du précepte d'Hippocrate : « On n'a pas le droit de fonder sur une vague hypothèse l'art de la médecine », et se souvenant de l'enseignement de son maître Gilbert, « apôtre par excellence de l'objectivité », le Professeur Villaret expose sa méthode objective que nous résumerons ainsi :

1re *étape* : Interrogation serrée et précise des malades. Etude rigoureuse de chaque symptôme, appuyée sur les explorations courantes de la sémiologie et des laboratoires ;

2e *étape* : Groupement de ces données en syndromes solidement, logiquement et clairement ordonnés ;

3e *étape* : Etudier la valeur respective des troubles ainsi classés, les rapprocher des données d'ordre biologique et anatomopathologique. Discrimination des comptes physio-chimiques ;

4e *étape* : Ascension vers le diagnostic d'où l'on déduira les indications thérapeutiques et qui pourra conduire à la recherche de la pathogénie et de l'étiologie, la réponse au pourquoi et au comment.

Et M. Villaret termine sa leçon par la dernière phrase de l'*Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* de Claude Bernard, qui devrait être le bréviaire du bon clinicien :

« J'ai dû me borner à prémunir les sciences biolo- « giques contre les exagérations de l'érudition et « contre l'envahissement et la domination des sys- « tèmes, parce que ces sciences en s'y soumettant, « verraient disparaître leur fécondité et perdraient « l'indépendance et la liberté d'esprit qui seront « toujours les conditions essentielles de tous les pro- « grès de l'humanité ».

J. Noir.

(1) G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

HISTOIRE, CRITIQUE ET RENOUVEAU DES DOGMES

L'acte médical et la place du médecin dans la communauté — III

Entreprenant la révision des dogmes sur lesquels vit actuellement la profession médicale, et notamment de la fameuse charte élaborée au début de notre siècle par les Syndicats médicaux, nous avions conclu dans un premier article (1), *que la réforme centrale devait porter sur la conception même de l'acte médical et par voie de conséquence sur la place du médecin dans la communauté. Ne voulant point aller contre le fil de l'histoire, nous avons recherché dans deux articles* (2), *de manière un*

(1) *Concours médical* du 14 juin, pages 533 et suivantes.

(2) *Concours médical* du 28 juin, pages 550 et suivantes.

peu trop « cavalière », nous en convenons — les restrictions en sont la cause — la place de la médecine dans les diverses civilisations. Il nous reste à tirer conclusions de cet historique et présenter notre essai de synthèse pour l'ère qui s'ouvre devant nous.

Au cours des siècles, d'un peuple à l'autre, la médecine n'a cessé d'osciller entre deux pôles : la *religion* et la *pratique*. Chaque civilisation, nous l'avons vu, a trouvé son point d'équilibre en fonction de son climat et de son génie propre ; mais un excès dans un sens ou dans l'autre a toujours amené soit en concurrence, soit en réaction un renouveau de l'excès contraire, empirique ou mystique. Une conception large, stable, « totalitaire » de la médecine devrait donc être assez haute pour que sa base englobe tout le champ, pôles compris, que l'histoire couvre par ses flux et reflux successifs.

Cette harmonieuse et large synthèse, depuis plus de trois siècles, l'Occident croyait l'avoir trouvée dans la *médecine scientifique*. Selon Descartes, la raison, instrument de la connaissance, mais fonction de l'âme, est d'essence divine. *Une mystique* de la science, avec ses dogmes et sa foi se développe où laboratoires et savants prennent figure de temples et de prêtres. Mais la science est aussi pratique, elle agit sur le réel par des moyens puissants et complexes qui ont tout le prestige et plus de pouvoir que les rites de la magie ou les procédés de l'empirique. De Dieu à l'homme, le chemin est sans faille, et l'unité sans schisme.

Donc, depuis trois siècles, la science tuait lentement le sacerdoce. En diffusant dans la masse, en sortant du temple, elle devenait un bien, un dépôt commun. Ne conservant comme lien que la raison entre l'homme et les médecins, elle faisait éclater peu à peu l'unité de leur corps en créant la médecine libérale. Fondée sur la foi dans les pouvoirs de la science, cette belle construction s'effondrait avec cette foi même. Ne sachant plus qu'agir sur le corps ou parler à la raison, le praticien seul, sans autre outil que sa technique, se sent attardé dans un monde qui change. La médecine libérale est morte. Il est temps de créer une synthèse nouvelle : *la médecine communautaire*.

***

Il ne s'agit point que d'un mot, dont le pouvoir s'use d'ailleurs par l'abus qu'on en fait aujourd'hui. Nous voulons au contraire, expliciter ici toute la pensée dont il est chargé ; pour ce faire, reprendre l'analyse de l'acte médical :

L'homme, donc le malade, est à la fois *individu* et *personne*, et ces concepts complémentaires, au sens physique du terme, sont les deux aspects successifs d'une indissoluble unité . Du même coup se conçoit la dualité de la médecine, simple traduction sur ce plan de la dualité de l'homme.

L'individu, être de chair et de sang, le médecin en connaît maintenant les rouages complexes. En est-il de même de la *personne* ? Derrière le mot sonore se cache trop souvent le vide de la pensée. Ce n'est point cette forteresse qui permet à l'homme de se retrancher du milieu. Bien loin de s'opposer à la communauté, comme le voudrait un verbalisme désuet, la personne c'est la réponse de l'homme à son appel, le moyen pour l'être de communiquer avec l'âme de sa nation, le génie de son espèce, de se dépasser lui-même au sein d'une religion.

La maladie atteint l'intégrité de l'être, âme et corps. Guérir, c'est pour l'individu retrouver son entière personnalité, c'est pour l'âme se réincarner dans un corps à nouveau capable de la servir et d'en supporter le poids. Voilà pourquoi cet art est sacré.

Cherchant le corps, le médecin rencontre donc la personne, et doit traiter avec elle pour traiter son malade. Bien loin d'être un « colloque singulier » l'acte médical est un entretien d'autant plus simple que l'homme est commun, d'autant plus complexe qu'il est singulier. Au chevet du malade, la solitude est peuplée des communautés dont il est membre, auxquelles le médecin a charge de rendre un fidèle, représentant lui-même la plus haute après la religion, la communauté des hommes. A ce titre, le médecin est responsable en dernier ressort, et c'est pourquoi il exige, tant de la personne du malade que des communautés elles-mêmes, un véritable acte de foi. Il faut et il suffit qu'il la justifie, et que chacune sache qu'elle sera respectée.

***

Restreindre au malade l'action du médecin est une erreur que peu de siècles ont commise. Dès avant qu'Hygie soit créée, les médecins étaient nous l'avons vu, responsables de la santé du peuple. La mode de l'*hygiène* et de la *prévention*, loin d'être une nouveauté, est une révolution dans le sens propre du terme. Il faut que le médecin reconquiert un domaine qui fut le sien avant sa déchéance. Qu'on songe un moment que guérir a pour racine « garder ». Le médecin est un « gardien » du corps de l'homme, au sens platonicien du mot.

Mais l'homme ne limite pas son être à ce corps physique et tangible. Il est centre d'une zone d'action qui s'insère, par la famille, par le travail, par la société, encore et toujours dans des communautés. La mission médicale est, en fonction des lois physiologiques de la culture et de l'éducation, de l'effort utile et de l'effort gratuit, de protéger l'intégrité du corps, plus encore de l'aider à *atteindre un plein développement*, à réaliser tous ses possibles, à tenter de dépasser ses limites pour être pleinement sûr de n'être point resté en deçà. Ce faisant, le médecin donne au corps toute la puissance dont il est capable pour agir au nom de la personne — pour servir la communauté — Mais, parce que la personne transcende toutes les communautés, le médecin conserve là encore la noblesse humaine de son rôle. Rappelons qu'à Rome, les médecins des gymnastes étaient au premier rang des archiâtres.

En ce domaine aussi l'acte médical garde ses caractères, son unité ; il insère le médecin à la même place, prééminente, dans les communautés.

***

C'est être encore trop étroit que de borner la médecine à l'individu, soit pour élever, soit pour prévenir, soit pour guérir, et de ne concevoir les communautés que sous l'angle de la personne. Au-delà des hommes, vivent des groupes tels que la famille ou l'entreprise, les peuples ou l'espèce, et ces groupes n'ont pas seulement une âme, ils ont avant tout un corps physi-

que qu'il faut soigner, protéger, développer. La biologie se prolonge tout naturellement par la sociologie. C'est là, nous dira-t-on, le domaine des politiques. Mais le cours de l'histoire nous montre que le médecin, soit lui-même, soit comme conseil, n'y est point déplacé. Le médecin de Balzac soigne son village plus que ses clients, et c'est ici le lieu de rappeler l'adage de Lyautey mettant le médecin au-dessus du soldat. Chacun sait par ailleurs que les pensées de ce grand politique visaient au-delà du théâtre secondaire auquel il fut réduit.

Donc le chef de famille, les chefs de la jeunesse, les éducateurs, les chefs d'entreprises et de corporation et les chefs politiques ont besoin des conseils et de l'action du médecin. C'est à lui qu'il appartient de connaître, de former et de réformer à la mesure de l'homme, les cadres où se déroule, où se développe *la vie physique des communautés.* Mais parce qu'il parle au nom de l'homme, *in genere* comme *in specie*, riche de son devenir comme de son passé, de ses possibles comme de son acquis, le médecin dépasse la communauté qu'il conseille comme il en va du prêtre ou du religieux. Physiologue, hygiéniste, urbaniste, sociologue, c'est avant tout un *humaniste intégral*, le premier de tous dans l'ordre d'urgence.

Ce médecin sera-t-il donc un encyclopédiste, un polytechnicien ? Loin de nous cette idée. Sa formation exige une culture générale, lui faisant connaître l'existence de tous les problèmes dont nous avons fait mention ; mais il devra obligatoirement se forger une technique dans un secteur limité de ce vaste domaine. Sur le plan de la science, de l'art conçu en tant que « métier », il y aura spécialité, donc division. Mais l'unité se recréera sur un plan supérieur dès lors que le praticien œuvrant à sa place si restreinte soit-elle aura conscience de *l'identité foncière de l'acte médical* sous la diversité de ses aspects.

On a trop parlé, et nous même, de Corps médical. Vouloir n'en faire qu'une corporation comme les autres, serait le diminuer. Pour forger cette unité de la médecine, il ne faut point tant des similitudes d'intérêts matériels, qu'un lien quasi-mystique, quasi religieux, qu'une *conception commune* de la mission médicale envers la personne et les communautés humaines.

C'est donc bien d'un *Ordre* qu'il s'agit, mais non point d'un mot. Ou plutôt il faut dépouiller ce mot de tout ce qu'il a de sec, d'administratif, d'imposé et le charger par le dedans de tout le pouvoir, de toute la virulence, de toute la contagion des ordres de notre histoire, monastiques ou de chevaleries, avec leur règle, leur honneur et leur foi.

Mais bien loin de se fermer sur lui-même cet Ordre devrait communiquer de manière étroite et permanente avec la *communauté supérieure des gardiens du pays*, dont, en son domaine, il exprimerait la conception générale de la vie des hommes et du monde.

***

Ceci demande, nous dira-t-on, une éducation toute nouvelle du médecin ; vous ne travaillez donc que pour un lointain avenir. En aucune manière ; nous accordons qu'il faut réformer non pas tant l'enseignement que la *formation* même du médecin. Une prochaine étude de ce problème sera entreprise ici même. Mais il est nécessaire et urgent d'agir *dès maintenant.* Notre pays a d'abord besoin qu'on lui rende un corps neuf et sain, capable dans la souffrance et dans l'effort de se durcir et de se muscler. Le rôle du médecin est bien de première urgence. Il faut qu'il réponde à l'appel du besoin.

Qu'on l'y prépare en l'assemblant, en l'unissant, en le réunissant avec ses pairs, qu'on le retire périodiquement de la pratique quotidienne pour lui ouvrir des horizons ignorés, des perspectives nouvelles. De ces contacts divers et multiples, naîtront, surgiront d'elles-mêmes, nous n'en doutons pas, la doctrine et l'âme commune que nous cherchons.

Que de leur côté les pouvoirs publics en prennent conscience, cessent de limiter le Corps médical au petit secteur de la médecine curative privée, lui donne dès maintenant, en tant que corps, la place élevée qui lui revient dans la communauté nationale. Ainsi s'apaisera l'âme inquiète du médecin qui souffre de sentir en lui une grande force encore inemployée.

Jean Mignon.

ACCIDENTS DU TRAVAIL

Les massages effectués par un auxiliaire médical sur ordonnance du médecin traitant

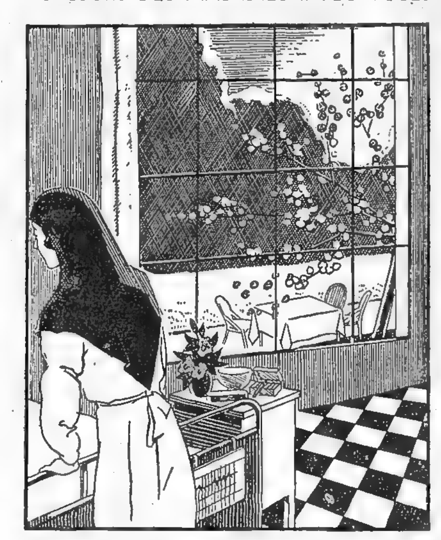
par le Docteur Fernand Decourt

A l'occasion d'un litige entre Compagnie d'assurances et médecin — pour honoraires dus tant au médecin lui-même qu'à un masseur ayant agi sur ordonnance dudit médecin — la Commission d'arbitrage, en sa séance du 28 mars 1942, a eu à résoudre une question qui ne s'était pas encore posée officiellement et dont la solution par cette Commission apparaît être d'une grande importance pour les praticiens, soignant des accidentés du travail, sans s'inquiéter suffisamment des « *textes* ».....

Voici ce dont il s'agissait : A la suite d'une plaie du doigt, le Docteur X avait ordonné au blessé Y une série de dix-huit massages journaliers qui furent faits par le masseur diplômé Z. Lorsque ce dernier envoya sa note à l'assurance, celle-ci refusa de « payer ces dix-huit massages en dix-huit jours », alors qu'elle n'en avait pas été prévenue, suivant l'art. 7 du tarif A. T. Ajoutons que le masseur Z n'avait pas manqué de joindre à sa note d'honoraires *l'ordonnance* du Docteur X qui était bien « qualitative et quantitative » ainsi qu'il est prescrit à *l'art.* 32 du tarif — lequel article fait bien partie du *titre VI* exclusivement consacré aux « *Soins dispensés par les infirmiers diplômés d'Etat visés au décret du* 27 *juin* 1922 et *au décret du* 8 *février* 1938 ».

Cet art. 32 dit : « Ces infirmiers ne peuvent réclamer d'honoraires que pour des soins donnés par eux sur ordonnance qualitative et quantitative du médecin du blessé et sous sa surveillance générale ». Personnellement, le masseur Z était donc bien en règle car il n'est nullement dit, en ce titre VI qu'il eut dû prévenir le patron ou son assureur substitué. L'assurance était donc mal venue de refuser tout paiement au masseur parce que celui-ci avait omis de la prévenir.

Et cependant il n'en reste pas moins exact que l'assurance devait être prévenue de cette série de dix-huit massages puisqu'il est dit à *l'art.* 7 : « Lorsqu'au cours du traitement le médecin traitant estime



nécessaire soit..... soit..... soit une série d'interventions à tarif spécial, il doit en donner avis préalable, par lettre recommandée, à l'employeur ou à son assureur substitué : dans les cas d'urgence, etc... »

Or, cet art. 7 — comme tout le tarif, sauf le titre VI — s'adresse exclusivement au médecin et ne peut être opposé, en l'espèce, qu'au médecin traitant lui-même et non à son auxiliaire médical. Il en est de même là que pour l'ordonnance pharmaceutique remise à un pharmacien. Ce n'est ni le masseur, ni le pharmacien qui peuvent être tenus pour *responsables* du contenu de l'ordonnance, mais bien le médecin signataire de celle-ci. Il n'appartient nullement en effet, aux deux premiers d'apprécier, de commenter ni de modifier l'ordonnance d'un médecin.

Aussi la Commission d'arbitrage a-t-elle pris l'attendu suivant : « Attendu..... et que, d'autre part, le médecin, n'ayant pas prévenu la Compagnie d'assurance, ni même le médecin de celle-ci durant une contre-visite, reste seul responsable des honoraires réclamés par l'auxiliaire médical qui n'agissait que sous ses ordres. » Et la conclusion fut que la somme de 216 francs due au masseur pour dix-huit massages à 12 francs serait « réglée directement à l'auxiliaire médical par la Compagnie d'assurance en la prélevant sur les honoraires du médecin traitant..... »

Il y a là, ai-je dit au début, une décision fort importante pour les médecins traitants et qui découle directement des « textes » même, comme on l'a vu. Mais il y aura aussi un empêchement à certains abus comme ceux qui proviennent de certaines consultations externes de dispensaires ou d'hôpitaux — voire même de grands hôpitaux Parisiens, au sujet desquels j'ai eu l'occasion de voir des séries énormes de massages ordonnés « à la volée », si j'ose dire, sur une vague feuille d'ordonnance à en-tête d'hôpital et signées illisiblement par un stagiaire quelconque parfois, sans que le tiers-payant soit jamais prévenu.

Quoiqu'il en soit, en matière d'accidents du travail, on a pu voir que les textes sont précis et nous ne saurions trop engager nos confrères à s'y conformer pour ne pas avoir d'ennuis ultérieurs.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

Notre referendum sur la voiture médicale

par M. H. PETIT

Ancien élève de l'Ecole Polytechnique

Rédacteur en chef de la « Technique automobile »

Nous devons d'abord remercier tous ceux de nos lecteurs qui ont bien voulu répondre à notre referendum : leur grand nombre montre que notre idée venait à son heure et les renseignements recueillis nous paraissent être, dans l'ensemble, d'un très grand intérêt.

***

Le problème était incomplètement posé :

C'est ce que nous ont fait remarquer plusieurs de nos correspondants : il ne peut pas y avoir *une voiture médicale*, mais *des voitures médicales*; parce que ce n'est pas la même voiture qui convient au médecin de grande ville, au médecin de campagne, au médecin qui a à circuler dans une région de plaine, ou au contraire dans une région de montagne. Disons tout de suite que le plus grand nombre de nos réponses nous viennent de médecins qui exercent dans des petites villes ou à la campagne : le présent compte-rendu résume donc assez bien les desiderata du médecin dit de campagne.

Quant au médecin de grande ville, il peut s'accommoder de la voiture d'affaires de tout le monde. Nous en dirons un mot tout à l'heure.

***

Voici maintenant le résumé des résultats de notre enquête.

Un peu de statistique d'abord :

— PREMIÈRE QUESTION : La voiture médicale doit-elle comporter une, deux, trois ou quatre places ?

RÉPONSES : 1 place : 3 % ; 2 places : 46 % ; 3 places : 13 % ; 4 places : 38 %.

— DEUXIÈME QUESTION : Par combien de personnes est-elle normalement occupée ?

RÉPONSES : 1 personne : 75 % ; 2 personnes : 22 % ; 3 personnes 1 % ; 4 personnes : 2 %.

— TROISIÈME QUESTION : Vitesse maximum jugée nécessaire.

RÉPONSES : de 50 à 60 kilomètres à l'heure : 7 % ; de 60 à 70 kilomètres à l'heure : 21 % ; de 70 à 80 kilomètres à l'heure : 37 % ; de 80 à 90 kilomètres à l'heure : 17 % ; de 90 à 100 kilomètres à l'heure : 11 % ; plus de 100 kilomètres à l'heure : 4 %.

— QUATRIÈME QUESTION : Vitesse moyenne demandée.

RÉPONSES : de 30 à 40 kilomètres à l'heure : 8 % ; de 40 à 50 kilomètres à l'heure : 40 % ; de 50 à 60 kilomètres à l'heure : 32 % ; de 60 à 70 kilomètres à l'heure : 15 % ; de 70 à 80 kilomètres à l'heure : 4 %.

— CINQUIÈME QUESTION : Consommation maximum admise.

RÉPONSES : Moins de 5 litres : 3 % ; de 5 à 7 litres : 30 % ; de 7 à 9 litres : 33 % ; de 9 à 11 litres : 27 % ; de 11 à 13 litres : 5 % ; plus de 13 litres : 1 %.

— SIXIÈME QUESTION : Type de carrosserie : ouverte ou fermée ?

RÉPONSES : Ouverte : 0 ; fermée : 67 % ; transformable : 32 % ; type camionnette : 1 %.

— SEPTIÈME QUESTION : Partisans du refroidissement par air : 36 % ; Partisans du refroidissement par eau : 31 % ; indifférents : 33 %.

— HUITIÈME QUESTION : Admettraient un moteur à 1 ou 2 cylindres : 36 % ; préfèrent le 4 cylindres : 47 % ; indifférents : 17 %.

— NEUVIÈME QUESTION : Marque de voitures utilisées :

A de rares exceptions près, les voitures utilisées par les médecins sont les voitures suivantes :

Citroen 11 CV ; Renault : Juvaquatre ; Celtaquatre ; Primaquatre ; Rosengart ; Peugeot 202 et 402 ; Simca 5 et Simca 8 ; Fiat 6 C V ; Chenard et Walcker ; Ford et Matford ; Chevrolet.

Quelques voitures de vieux modèles sont encore en circulation, telles que Citroen 5 C V, mais en petit nombre.

— DIXIÈME QUESTION : Défauts reprochés le plus souvent aux voitures de quelque marque qu'elles soient (dans l'ordre des fréquences) :

Difficulté de mise en route : 24 % ; Défauts de robustesse : 21 % ; Consommation excessive : 21 %.

34 % de nos lecteurs se déclarent complètement satisfaits.

D'autres défauts sont signalés de temps en temps, tels que : voiture trop basse, manque de confort ou de visibilité, suspension médiocre...

— Onzième question : Les qualités que demandent surtout nos lecteurs sont :

D'abord et avant tout *la robustesse*, puis la *facilité d'entretien*. Vient ensuite l'économie de *consommation*, et enfin, *la facilité de réparation*. Les autres qualités sont appréciées certes, mais ne sont placées en général qu'en seconde ligne. La plupart déclarent que la robustesse et la facilité d'entretien et d'utilisation doivent se placer en première ligne, dussent ces qualités se répercuter sur le prix d'achat.

Voilà les résultats bruts du referendum.

Ils appellent, croyons-nous, d'abord quelques commentaires.

Si un grand nombre de nos lecteurs se déclarent partisans du refroidissement par air, ce n'est pas (et pour cause) qu'ils aient pu en apprécier les avantages puisqu'il n'existe pratiquement pas de voiture de ce genre en France. C'est simplement et beaucoup l'ont dit explicitement, parce qu'ils voudraient être débarrassés de l'eau de refroidissement, des craintes de gel du radiateur et du moteur et pensent qu'avec le refroidissement par air, la mise en route et la mise en régime seraient plus faciles l'hiver (ce qui est loin d'être certain). Quant à ceux qui préfèrent le deux cylindres et qui, au moins, l'ont toléré, c'est en vue de l'abaissement du prix d'achat ou d'une consommation plus faible.

* * *

En dehors des réponses aux questions précises posées par le referendum, un grand nombre de nos correspondants ont bien voulu nous communiquer des réflexions fort pertinentes que leur ont suggérées leur grande expérience de l'automobile employée comme instrument de travail par le médecin. Nous ne pouvons toutes les exposer ici. Citons seulement celles qui reviennent le plus fréquemment.

Beaucoup de médecins de petite ville ou de la campagne et parmi eux, des spécialistes, des radiologistes ou autres, souhaiteraient que la carrosserie de la voiture comportât des sièges transformables permettant de transporter un malade couché, que la carrosserie fût pourvue de très larges portes sans montant intermédiaire pour faciliter l'embarquement et le débarquement des passagers impotents. Ils souhaitent aussi qu'à côté de la place qui est pratiquement seule utilisée dans l'usage normal, on puisse disposer de larges coffres bien aménagés et accessibles pour y loger les instruments indispensables, soit pour une opération, soit pour un examen radiologique ou autre.

Appelés à se déplacer dans des chemins médiocres, sinon même tout à fait mauvais, beaucoup de nos lecteurs voudraient que leurs voitures pussent passer partout sans risquer l'accrochage des organes placés le plus bas sous le chassis. Certains d'entre eux nous rappellent à ce propos combien il était facile, avec une vieille Ford, modèle T, de circuler dans des chemins défoncés, dans des cours de fermes, ou même à travers champs.

Un désir très fréquemment exprimé dans le referendum et dans les lettres qui l'accompagnent souvent c'est le désir d'avoir une voiture toujours immédiatement prête à partir, quelle que soit la température extérieure. Les difficultés de mise en route, communes à trop de voitures pendant l'hiver, sont les plus redoutées des médecins et cela, d'autant plus, ainsi que la plupart l'indiquent, que l'usage de la manivelle pour mettre le moteur en route est quasi impraticable sur les voitures modernes.

Beaucoup voudraient aussi un confort plus grand, c'est-à-dire, voiture bien aérée, l'été, réchauffée l'hiver, silencieuse, pour permettre au médecin fatigué par l'exercice de sa profession, de goûter un repos relatif au cours de ses étapes.

Pour le médecin de ville, qui n'a en général que de courts déplacements à exécuter, mais déplacements entremêlés d'arrêts innombrables, il faut une très petite voiture, consommant très peu, pour laquelle la vitesse est sans intérêt. En somme, c'est la voiture électrique telle qu'on en trouve maintenant d'assez nombreux modèles, qui paraîtrait indiquée.

Pour ceux qui exercent en pays de montagnes, une voiture relativement puissante est indispensable, avec, naturellement, les qualités nécessaires à la voiture de montagne : bon refroidissement, bonne visibilité, direction précise, large tirant d'air, passage de roues suffisant pour tolérer l'emploi des chaînes, etc...

Beaucoup de médecins expriment l'avis que deux voitures représentent la solution idéale : la petite voiture réservée exclusivement à l'usage médical, et une voiture plus importante dont on se servira exceptionnellement pour ce même usage et plus spécialement pour les déplacements d'agrément. Avec deux voitures d'ailleurs, on est à peu près sûr d'en avoir toujours une en état de fonctionner, ce qui permet de moins hésiter à faire exécuter les réparations indispensables. Cette solution des deux voitures est souhaitée par la grosse majorité avec cette restriction toutefois qu'elle apparaît comme trop onéreuse pour les médecins dont la clientèle ne justifie pas une immobilisation de fonds aussi grande.

Ce qui frappe quand on passe en revue les types de voitures qui ont fait l'objet du referendum c'est qu'à de rares exceptions près, ce sont tous des types récents.

La légende de la vieille voiture plus économique et susceptible de rendre encore beaucoup de services n'est donc qu'une légende, puisque les pratiquants médicaux de la route renouvellent fréquemment leurs voitures et sont assez sages pour éliminer les vieux véhicules.

* * *

Voilà les conclusions qui se dégagent de notre referendum.

Il s'agit maintenant d'essayer de tirer parti des renseignements fournis.

Nous communiquerons les résultats aux constructeurs d'automobiles en leur disant pourquoi ce referendum a été institué et en essayant de leur montrer qu'ils auraient intérêt sinon à créer un type médical complet, au moins à prévoir un aménagement de voiture susceptible de donner pleine satisfaction à la clientèle médicale, l'une des plus nombreuses, des plus fidèles et par conséquent des plus intéressantes.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Praticiens relevés de l'interdiction d'exercice de leur profession

ERRATUM

A la suite d'une erreur typographique survenue au cours de l'impression de notre dernier numéro, est tombé le chapeau de l'arrêté du 3 juin 1942 autorisant définitivement, en raison de leurs titres personnels, quelques praticiens d'origine étrangère, à exercer la médecine en France.

Nous nous excusons vivement auprès d'eux.

Voici d'ailleurs le texte de cet arrêté :

Art. 1er. — Les praticiens dont les noms suivent sont relevés de l'interdiction édictée par l'article 1er de la loi du 22 novembre 1941 et, en conséquence, autorisés à exercer leur profession, sous réserve de satisfaire par ailleurs à toutes les autres lois, ainsi qu'aux décrets ou règlements régissant l'exercice de ladite profession :

M. le Docteur MARCO (François-Lucien), exer. à Narbonne ; Mlle le Docteur KRYMM (Claire), exer. à Saint-Didier, hôpital psychiatrique ; M. le Docteur VERMEERSCH (Fabien-Henri), exer. à Boeschepe ; M. le Docteur BANDELAC DE PARIENTE (Alberto), exer. à Paris ; M. le Docteur BRZEZICKI (Charles), exer. à Paris ; M. le Docteur COLOLIAN (Maksoud), exer. à Paris ; M. le Docteur DOUBROW (Serge), exer. à Paris ; M. le Docteur LEVADITI (Jean-Constantin), exer. à Paris ; M. le Docteur REFIK (Nevzad-Hassan) exer. à Paris ; M. le Docteur SCHAEFER (Charles-Ferdinand), exer. à Paris ; M. le Docteur ZABRANIECKI (Sigismond), exer. à Montauban ; M. le Docteur MICLOTTE (Louis-René), exer. à Saint-Jean-de-Monts ; M. le Docteur MILLHOUSE (Christophe), exer. à Chasseneuil-du-Poitou.

Art. 2. — Le secrétaire général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 3 juin 1942.

Raymond GRASSET.

(*J. O.* du 7 juin 1942).

Arrêtés des 16 *et* 17 *juin* autorisant définitivement à exercer la médecine en France les praticiens d'origine étrangère dont les noms suivent :

Seine : M. le Docteur AGADJANIANTZ (Karabet), exer. à Paris ; M. le Docteur CANETTI (Georges), exer, à Paris ; M. le Docteur DAMLAMIAN (Khatchadour). exer. à Clamart ; Mlle le Docteur HOWYAN (Herminie), exer. à Paris ; M. le Docteur KAUFFMANN (Abraham), exer. à Paris ; M. le Docteur KHOUBESSERIAN (Hagop), exer. à Paris ; M. le Docteur KRIKORIAN (Léon), exer. à Paris ; M. le Docteur ROUBINOVITCH (Jacques), exer. à Paris ; M. le Docteur SCHAPIRO (David), exer. à Paris ; M. le Docteur SCHISGAL (David), exer. à Paris ; Mme le Docteur CACHIN, née DICKY (Olga), exer. à Paris ; Mme le Docteur DELBARY, née COHN (Marie), exer. à Paris ; M. le Docteur FINDJANDJIAN dit FINDJI (Yervant), exer. à Paris ; M. le Docteur GADJOS (Alfred), exer. à Paris ; M. le Docteur MARKEL (Adolphe), exer. à Paris ; Mme le Docteur POPP, née VOIGT (Claire), exer. à Paris ; Mlle le Docteur TOPOROVSKY (Pauline), exer. à Paris ; Mlle le Docteur WASSERSTROM (Emma), exer. à Paris.

Seine-et-Oise : M. le Docteur CARACOSTEA (Bolan), exer. à Mireville ; M. le Docteur CHERECHEWSKI (Jacques), exer. à Saint-Germain-en-Laye ; Mme le Docteur OUPENSKY AVRAMOFF, exer. à Argenteuil; M. le Docteur SEGRESTAA (Jean), exer. à Longjumeau ; M. le Docteur TARNAU (Marc), exer. à Livry-Gargan ; M. le Docteur BERTOLINI (Raymond), exer. à Enghien-les-Bains ; M. le Docteur SANZ (Pierre), exer. à Montmorency.

Nord : M. le Docteur BRASSEUR (Alcide), exer. à Aniche ; M. le Docteur BROUSMICHE (Léon), exer. à Jeumont ; M. le Docteur DELNATTE (Maurice), exer. à Loos-lez-Lille ; M. le Docteur DESORGHER (Germain), exer. à Lille ; M. le Docteur LACOSTE (Edmond), exer. à Armentières ; M. le Docteur MACQ (Jean), exer. à Fourmies ; M. le Docteur MAHIEU (Ernest), exer. à Halluin ; M. le Docteur SIMON (Paul), exer. au Quesnoy ; Mme le Docteur LE SENEPART (Léonie), exer. à Roubaix.

Département divers : Mme le Docteur CACAN, née WASCHMUTH, exer. à Uzel ; M. le Docteur CANTIN (Pierre), exer. à Brie-Comte-Robert ; M. le Docteur DIGHIRIAN (Yenovk), exer. à Marseille ; M. le Docteur GALIAN (Demètre), exer. à Bû ; M. le Docteur GERTZBERG (Victor), exer. à Castres ; M. le Docteur HORN (Avram), exer. à Touquin ; M. le Docteur KETCHIAN (Marguerdich), exer. à Marseille ; M. le Docteur MATIASEVICH (Pietro), exer. à Marseille ; M. le Docteur NAFILYAN (Edouard), exer. à Nice ; Mme le Docteur ROCHER, exer. à Bordeaux ; M. le Docteur TISCA (Roger), exer. à Hauteville.

Principauté de Monaco : M. le Docteur NOTARI, (Henri-Richard), exer. à Monte-Carlo.

(*J. O.*, du 23 juin 1942).

Arrêté du 17 juin 1942 interdisant définitivement l'exercice de la médecine en France aux médecins d'origine étrangère dont les noms suivent :

Seine : Mme le Docteur FICHMAN, née HAUSVATER (Edith), exer. ant. à Paris ; M. le Docteur MARCU (Godel), exer. ant. à Saint-Denis ; M. le Docteur MORGENSTERN (Maurice), exer. ant. à Paris ; M. le Docteur MUHLRAD (Samuel), exer. ant. à Paris ; M. le Docteur ROSENBERG (Moses), exer. ant. à Puteaux ; M. le Docteur STAFLER (Ioina-Jonas), exer. ant. à Saint-Denis ; Mlle le Docteur MARCUS (Simone), exer. ant. à Paris.

Seine-et-Oise : M. le Docteur BERCOVICI (Jean), exer. ant. à Meulan ; M. le Docteur BEINIS (Beinis), exer. ant. à Villiers-sur-Marne ; M. le Docteur BRILL (Jean-Alexandre), exer. à Mafliers ; M. le Docteur PRIALNIC (Hedwig), exer. ant. à Villeneuve-le-Roi.

Eure-et-Loir : M. le Docteur VAÏSBUCH (Avram), exer. ant. à Arrou.

(*J. O.*, 20 juin 1942).

Pharmacie

Décret du 24 juin 1942 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 11 septembre 1941 sur l'exercice de la pharmacie.

(*J. O.*, 27 juin 1942)

Ce décret réglemente le remplacement des pharmaciens, l'enregistrement des ordonnances prescrivant des médicaments magistraux, la publicité directe auprès du public, organise le visa et le contrôle des spécialités pharmaceutiques et l'inspection des pharmacies.

○ ○ ○



ÉCHOS & COMMENTAIRES

La réforme de l'Ordre des médecins. — L'Ordre a-t-il la plénitude de juridiction ? — Le ministre de la Santé s'informe. — La défense des médecins prisonniers. — Vaccination et Assurances sociales.

Alors que la structure de l'Ordre des médecins est en voie de réforme, il est opportun de rappeler thèses et controverses en la matière.

La première est celle de l'unité et de la dualité : doit-il y avoir un organisme unique ou bien au contraire, faut-il séparer les pouvoirs de défense corporative et de juridiction ? Cette séparation nous paraît très désirable dès lors qu'elle a lieu à l'intérieur de l'Ordre lui-même. A chaque fonction doit correspondre un organe : au Conseil départemental le rôle corporatif, au Conseil régional le rôle disciplinaire. Mais l'unité n'est point pour autant menacée, ainsi que l'avaient cru certains Conseils départementaux, et se recrée au sein de l'Ordre national.

Entre autres avantages, la différenciation des organes permet de recourir à l'élection pour la Chambre corporative et de restreindre la nomination au choix des juges, domaine où ce mode est parfaitement justifié.

Faut-il par ailleurs des magistrats dans les Conseils de discipline ? On se rappelle que cette question brûlante fit échouer avant guerre bien des projets. A notre sens, il faut un peu nuancer la question.

La présence de magistrats au sein des Chambres de discipline nous paraît opportune afin de renforcer les garanties de bonne justice. Mais l'octroi à ces magistrats d'une *présidence, d'une prééminence* sur l'élément médical est au contraire à rejeter. Un tel projet serait un incontestable recul sur la loi du 7 octobre et le Corps médical l'accueillerait avec une particulière défaveur.

La présence d'un Commissaire du gouvernement chargé de requérir au nom de l'ordre public devant une chambre de discipline se comprendrait pour les mêmes raisons que celles du magistrat.

Encore faudrait-il que là se bornât son rôle et qu'il ne s'agît pas d'un tuteur de plus, limitant une action corporative dont les directeurs régionaux et les lois successives restreignent le champ à la manière d'une peau de chagrin.

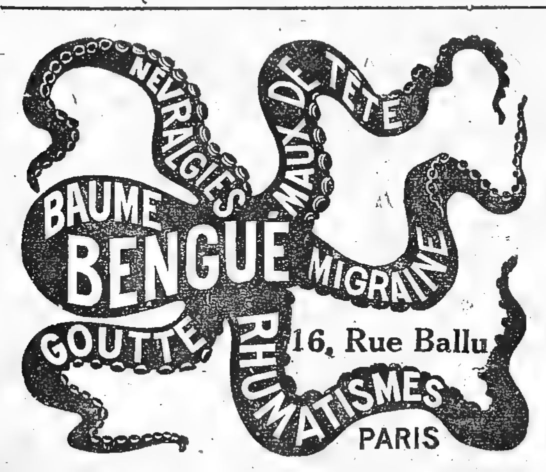
Ou bien alors qu'on donne d'emblée à la Corporation la plénitude des pouvoirs, qu'une définition nouvelle et extensive de l'acte médical en fasse réellement dans sa totalité la communauté de la médecine et l'on comprendrait qu'un contrôleur rappelât en son sein d'une manière permanente, l'existence de l'ordre public.

Mais une telle construction dépasse en ampleur le réformisme actuel. Une loi organique ne peut se concevoir que dans le cadre d'une constitution nouvelle du pays. Pour l'heure, il ne peut s'agir encore que de provisoire.

***

On se rappelle qu'une décision récente de la Commission supérieure de contrôle des Assurances sociales avait reconnu que le Conseil supérieur de l'Ordre statuait en dernier ressort en matière de contrôle technique, et qu'elle-même était incompétente pour connaître en appel de ces décisions depuis la loi du 7 octobre. C'était là reconnaître que







l'Ordre possédait la plénitude de juridiction, sauvegarde de l'unité de déontologie, en matière d'Assurances sociales.

L'origine de cette décision mérite d'être contée. Un des plus actifs défenseurs de la corporation au sein du Conseil supérieur avait à plusieurs reprises soutenu cette thèse tant au Conseil lui-même qu'auprès du secrétariat à la Santé et, chose curieuse, n'avait trouvé d'audience qu'auprès du Président de la Commission supérieure, auteur de cette sage décision.

Par ailleurs, depuis le départ de ce champion de l'indépendance de l'Ordre, et la décision de la Commission supérieure, il semble que les cercles ministériels se soient émus, et il nous revient que du côté du Travail on préparerait un projet de loi sur le contrôle technique, redonnant officiellement à la Commission de contrôle le pouvoir de surappel qu'elle exerçait auparavant sur le Conseil national de famille de la Confédération.

Nous aimons à penser que le Conseil supérieur prendra conscience de l'importance de la jurisprudence actuelle et fera comprendre aux services intéressés qu'ils peuvent diriger vers d'autres domaines leur activité législative.

***

Avant de s'attaquer aux réformes dont les mois écoulés ont révélé l'impérieuse nécessité, notre nouveau Ministre a tenu à s'informer soigneusement des conditions actuelles de l'exercice de la médecine.

Il a fait un vaste tour d'horizon qui l'a conduit, entre autres, à demander à l'Académie de médecine son avis sur les améliorations à apporter à l'état de choses présent.

Tous nos confrères loueront le Ministre de ne pas avoir, devant l'ampleur des questions en litige, négligé une source d'informations aussi respectable.

Toutefois, quand l'ère des réalisations sera venue, que, le Ministre s'étant forgé une doctrine, il ne s'agira plus que de la perfectionner et de l'adapter aux nécessités de l'heure, l'Académie, ayant participé dans le cadre de sa compétence à l'élaboration de cette doctrine, pourra reprendre sereinement le cours de ses travaux scientifiques qui sont tout de même, il faut l'avouer, plus à sa taille que l'examen des difficultés journalières de l'exercice médical ou l'étude des suggestions du médecin praticien.

***

Le Docteur Grasset a inscrit en tête de son programme ministériel la défense des intérêts des médecins prisonniers.

Un texte serait déjà revêtu de sa signature qui abrogerait la loi du 2 avril 1941 dont nous avons demandé ici même, à plusieurs reprises, la refonte.

Souhaitons que ce texte précise clairement ce qu'il faut entendre par « exercer aux lieu et place d'un prisonnier » et qu'il prévoit notamment un périmètre de protection variable selon que les clientèles seront situées dans des localités urbaines ou rurales.

Exprimons aussi l'espoir que sous le prétexte louable de préserver les droits de ceux qui sont encore en captivité, on ne fasse pas bon marché des situations pénibles de quelques médecins déjà rentrés et qui sous l'empire du décret du 20 mai 1940 et de la loi du 2 avril 1941 n'ont pas réussi à obtenir le respect de leur clientèle par des concurrents peu scrupuleux.

Souhaitons enfin que la future loi ne laisse pas à la libre initiative des organismes responsables le soin de prendre ou de ne pas prendre dans tel ou tel cas particulier, des mesures de sauvegarde ou d'aide en faveur du prisonnier de retour.

Que la loi au contraire contienne des dispositions impératives très claires dans leur principe dont les modalités d'application pourraient être laissées à la libre appréciation des Conseils départementaux.

Alors, mais alors seulement, les intérêts des médecins prisonniers pourront être considérés comme utilement défendus.

***

Dans un écho de notre numéro du 31 mai dernier, nous avions émis le vœu que les Caisses d'Assurances sociales veuillent bien encourager les actes de prévention individuels, en remboursant aux assurés sociaux, les frais de vaccination effectuée par un médecin praticien à son cabinet ou à domicile.

Si nous sommes bien informés, notre vœu serait exaucé.

La Direction des Assurances sociales viendrait en effet, d'adresser aux Directions des Services régionaux, une Circulaire indiquant que les Caisses doivent participer aux frais de vaccination antivariolique, antidiphtérique et antitétanique, soit en organisant des services de vaccination gratuite, soit en accordant des subventions aux œuvres d'hygiène sociale, soit en accordant des prestations aux assurés sociaux vaccinés.

Pourvu qu'aucun démenti ne vienne anéantir nos espoirs !

CORRESPONDANCE

3.063.— Assurances sociales — Délai de six mois — Point de départ

Un assuré social atteint d'une maladie chronique doit-il tomber dans l'invalidité six mois après les premiers symptômes qui l'ont amené à consulter, ou le délai doit-il commencer seulement du jour où le diagnostic a été posé et le traitement institué ?

Il s'agit en l'espèce d'une maladie de Hogdkin dont le diagnostic n'a pu être fait qu'à la suite d'un examen radiologique pratiqué au début de mai, alors que le malade avait consulté un autre médecin au début de mars pour du prurit et une dyspnée, qui n'avaient pas été rattachées à leur vraie cause et n'avaient donc reçu qu'un traitement symptomatique inefficace.

Même si l'on pouvait faire grief au premier médecin de n'avoir pas établi un diagnostic difficile (et même peut-être impossible au début en raison du caractère fruste des signes cliniques), la Caisse est-elle fondée à faire supporter à l'assuré les conséquences de ce retard de deux mois ? Car le traitement roëntgenthérapique institué est coûteux et ne sera pas terminé dans le délai de quatre mois que la caisse lui accorde, tandis qu'il aurait peut-être pu l'être dans le délai de six mois, comptés à partir de l'établissement du diagnostic.

L'assuré a le bon sens et l'équité pour lui, mais a-t-il le bon droit en sa faveur ? Que lui conseiller de répondre à sa caisse qui l'avise qu'il tombera dans l'invalidité en septembre ? Dr Q.

Réponse

Aux termes du parag. 12 de l'art. 6 du décret-loi du

28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, les prestations de l'assurance-maladie sont dues à partir de la première constatation médicale et pendant une période totale de soins de six mois. De plus l'art. 13 du règlement intérieur type du 30 janvier 1937 précise que lorsque pour une même affection il y a interruption de prestations pendant moins de deux mois, le délai de six mois pendant lequel les prestations sont servies conserve comme point de départ la première constatation médicale de cette affection. Mais la période pendant laquelle les soins ont cessé d'être dispensés, n'entre pas en compte dans la période totale de six mois.

En pratique donc la période totale est calculée en ajoutant les unes au autres les périodes de validité de chaque feuille de maladie régulièrement délivrée.

Dans le cas que vous voulez bien nous soumettre, l'erreur ou l'absence de diagnostic qui a pu être commise au début de la maladie de votre client, n'empêche pas que dès la première constatation médicale il a reçu des soins pour une même affection. Il en résulte donc que c'est à bon droit que la Caisse fait partir le délai de six mois du jour de la première constatation médicale de l'état de maladie.

Mais si entre les premiers soins qui lui ont été donnés et l'examen radiologique qui a révélé le diagnostic exact le malade n'a pas reçu de soins, la période au cours de laquelle aucun soin n'a été donné n'entre pas en ligne de compte pour le calcul des six mois.

D'autre part, en vertu du parag. 16 du même art. 6 votre client peut demander à la Caisse le bénéfice des prestations spéciales de deux ans s'il est atteint d'une maladie ne comportant pas cessation du travail. Ces prestations sont fixées dans le règlement intérieur de chaque caisse. Elles varient donc d'une caisse à l'autre.

2.942. — Patente sur un garage mort

Le contrôleur me réclame la patente pour le dernier trimestre 1940 et pour toute l'année 1941, pour le garage de ma voiture. Or depuis ma démobilisation et mon retour chez moi, je n'ai jamais obtenu de permis de circulation et ma voiture est restée au garage sans pouvoir jamais en sortir.

J'ai adressé une lettre au contrôleur au reçu du premier avertissement puis une réclamation au directeur des contributions, pensant qu'il s'agissait là d'une simple erreur : je n'ai obtenu aucune réponse et le percepteur me met en demeure de verser ces deux sommes. Voulez-vous être assez aimable pour me dire ce que vous me conseillez ?

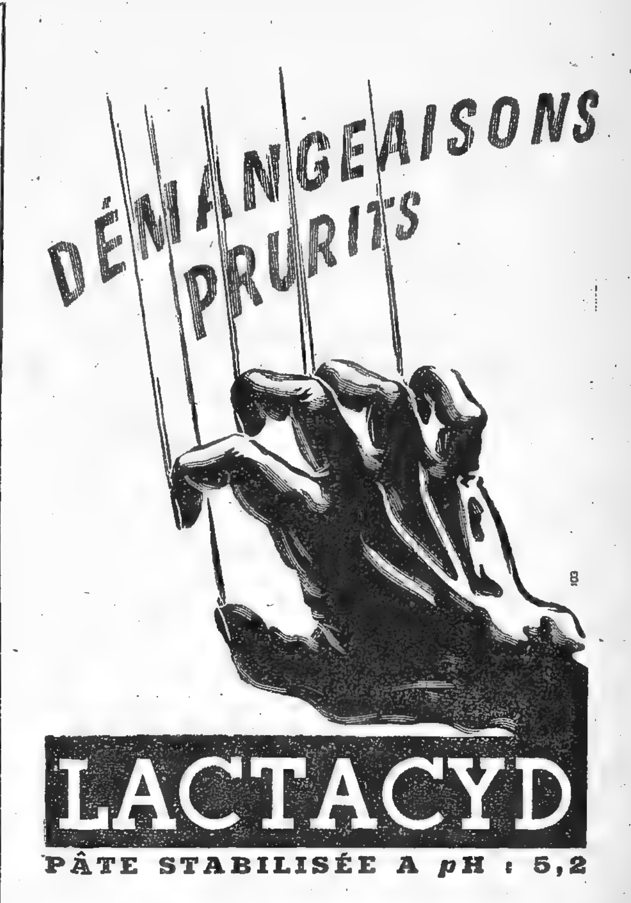
Dr D.

Réponse

Aucune disposition spéciale n'a été prise par le législateur afin de dégrever de la patente les contribuables dans votre cas.

Il semble cependant qu'on puisse soutenir sérieusement et avec chance de succès que la voiture n'étant plus à la disposition du service professionnel, le garage doit être dégrevé de la patente. Aussi nous vous conseillons d'adresser au Directeur départemental des contributions directes une demande de dégrèvement basée sur la non utilisation de votre voiture. Si notre thèse est acceptée, le garage sera soumis à la contribution mobilière seule.

Gérant : J. MIGNON — N° d'autorisation : 77 Imp. THIRON & CIE, Clermont (Oise)



DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — *Clinicat.* — Sont proposés :

Clinique thérapeutique médicale : MM. Boulenger et Mozziconacci.

Clinique de la tuberculose : MM. Genevrier, Brissaud et Lacorne.

Clinique médicale propédeutique : MM. Blanchard, Lecœur, Bolgert et Cornet.

Clinique médicale Cochin : MM. Di Matteo, Marre et Rault.

Clinique médicale Hôtel-Dieu : MM. Lajouanine et Lamotte.

Clinique médicale Broussais : MM. de Graciansky, Mlle Lindeux, MM. Ordonnau, Plas.

Clinique des maladies infectieuses : MM. Jacquot et Lepintre.

Hygiène et clinique de la 1re enfance : M. Grenet et Mlle Provendier.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine....... 120 francs
Étudiants.................. 80 francs
Le Numéro........ 5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Bourses de doctorat. — Peuvent être obtenues sans concours par les étudiants de 1re année qui justifient au minimum : de la note 70 à l'examen du P. C. B, ou de la mention « assez bien » au certificat d'études supérieures des Sciences portant sur la physique, la chimie ou l'histoire naturelle et des mentions suivantes aux deux parties du baccalauréat de l'enseignement secondaire : 2 mentions « bien » ou 1 « bien » et « assez bien » ; — soit de la note 75 au P. C. B. et au moins d'une mention « assez bien » à l'une des parties du baccalauréat.

A partir de la 2e année, les bourses sont données au concours qui aura lieu le 27 juillet.

Les pupilles de la Nation peuvent obtenir des bourses sans concours.

Inscription au Secrétariat de la Faculté avant le 15 juillet pour les élèves de 1re année et les pupilles de la Nation et avant le 20 juillet pour les élèves prenant part au concours.

Exonération du droit d'inscription. — Des exonérations totales ou partielles du droit d'inscription peuvent être accordées aux étudiants appartenant à des familles nombreuses. Faire une demande sur papier timbré avant le 31 octobre.

Bourses municipales. — Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine ou les parents doivent y être domiciliés depuis cinq ans au moins au 15 octobre 1942.

Les demandes établies sur papier timbré à 12 francs (sauf pour les pupilles de la Nation) et accompagnées, soit du travail ou de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étu-

diants d'un état de situation de fortune certifié, devront parvenir à M. le Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté, de 14 à 16 heures (bureau du Secrétaire adjoint).

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. Abel, agrégé libre est nommé professeur sans chaire. M. Melnotte, agrégé, est pérénnisé dans ses fonctions à compter du 1er janvier 1942.

— **Université d'Alger.** *Institut de criminologie.* — Un Institut de criminologie est créé à l'Université d'Alger. Cet Institut a pour objet l'étude de la criminologie en vue de ses applications sociales, notamment en Afrique du Nord, et la formation professionnelle des candidats aux fonctions de magistrats, médecins légistes et fonctionnaires de police.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Par arrêté préfectoral en date du 16 juin 1942, M. Fallot a été nommé chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— **Ecole de médecine de Caen.** — M. J. Lhirondel, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, est provisoirement chargé des fonctions de professeur suppléant de pathologie et clinique médicale.

— **Centre d'éducation sanitaire de Toulouse.** — Par arrêté en date du 15 mai 1942, M. G. Andrieu, professeur agrégé est nommé Directeur du Centre d'éducation sanitaire, créé au sein de la direction régionale de la Santé et de l'Assistance à Toulouse.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — M. Delaitre, chef de travaux, est chargé de cours d'histologie.

— **Ecole de médecine de Rouen.** — M. Jouanneau, ancien interne des hôpitaux, chirurgien des hôpitaux de Rouen, est chargé, du 1er avril 1942, d'assurer le service de M. Derocque, professeur suppléant de clinique et pathologie externes, mort au Champ d'honneur.

— **Comité consultatif d'hygiène.** — Par arrêté du 23 juin 1942, M. Dujarric de la Rivière, secrétaire général de l'Institut Pasteur, est nommé membre du Comité consultatif d'hygiène de France (*section des laboratoires* : sérums et vaccins).

— **Laboratoire de biologie expérimentale de l'Ecole pratique des Hautes Etudes.** — Des séances de techniques biologiques et pharmacodynamiques auront lieu au laboratoire de biologie expérimentale de l'Ecole pratique des Hautes Etudes à la Faculté de médecine à partir du lundi 12 octobre 1942.

Inscription au Laboratoire l'après-midi de 14 à 18 heures. Nombre de places limité.

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours d'accoucheur* pour une place : M. Varangot a été nommé.

Concours d'oto-rhino-laryngologie. Classement des candidats admissibles, par ordre de mérite : MM. Bérard, Maspétiol, Bourdial, Lemoyne, Gaston.

Concours d'ophtalmologiste (2 places). — Classement des candidats admissibles, par ordre de mérite : MM. Morax, Offret, Desvignes Joseph.

— **Hôpitaux de Bretagne.** — *Concours de chirurgien.* — Classement final : MM. 1er Querneau ; 2e, Cadet ; 3e Soyer ; 4e, Ollivier-Henry ; 5e, Nabert ; 6e, Gaumé ; 7e, Logeais.

— **Hôpital de Villeneuve-Saint-Georges.** — *Concours de chirurgien.* — Epreuves sur titres, classement : MM. Chabrut, Thomeret, Godard, Lyonnet, Boyer.

— **Médecin-spécialiste en dermato-vénéréologie de l'O. D. H. S. de l'Eure.** — Le concours qui devait avoir lieu le 2 juillet à Rouen, pour la nomination d'un médecin spécialiste en dermato-vénéréologie, relevant de l'O. D. H. S. de l'Eure est reporté au 30 juillet 1942. Se faire inscrire à la Préfecture de l'Eure (Inspection départementale de la Santé), avant le 23 juillet 1942.

— **Hôpital mixte et hospice de Melun.** — Un concours sur titres et sur épreuves aura lieu à l'Hôpital de Melun (Seine-et-Marne) *fin septembre* 1942, pour la désignation d'internes titulaires (limite d'âge 27 ans plus éventuellement services militaires).

Les candidats devront adresser leur demande à la direction de l'Hôpital avant le 19 septembre 1942. Les candidats qui auront satisfait au concours sur titres seront convoqués pour le concours sur épreuves qui aura lieu fin septembre. Toute nomination est subordonnée à l'obtention d'un certificat d'aptitude physique qui sera délivré après visite médicale à l'Hôpital. Traitement, 1re année, 800 francs ; 2e année 940 francs ; 3e année, 990 francs.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la Direction de l'Hôpital.

— **Hôpital psychiatrique de Pulet à Agen** (Lot-et-Garonne). — Deux postes médicaux sont actuellement vacants : un de médecin assistant (docteur en médecine) ; un d'interne (au moins seize inscriptions). Conditions requises : être aryen et français d'origine. S'adresser d'urgence au médecin-chef de cet hôpital.

— **Direction de l'Assistance et de la Santé publiques de Tunisie.** — *Concours de médecin ophtalmologiste.* — Un concours sur épreuves pour le recrutement de quatre médecins ophtalmologistes est ouvert à la Direction de l'Assistance et de la Santé publiques de Tunisie. Les épreuves écrites auront lieu à la Faculté de médecine de Montpellier le 6 octobre 1942 et jours suivants.

Renseignements et inscriptions (avant le 15 septembre 1942) à la Direction de l'Assistance et de la Santé publiques de Tunisie.

— **Légion d'honneur.** — *Chevalier* : M. le médecin commandant Brignaud, des troupes coloniales. (*J. O.*, 14 juin 1942).

Chevalier à titre posthume. — M. Vallet, médecin lieutenant au 9e rég. de Spahis (a été cité).

— **Médaille militaire à titre posthume.** — M. Pierre Chaumeix, médecin auxiliaire au 2e rég. d'inf. alpine. A été cité.

— **Académie française.** — L'Académie vient de décerner un des grands prix d'histoire littéraire à M. le Professeur Henri Mondor pour sa *Vie de Stéphane Mallarmé.*

On sait que l'éminent professeur de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu appartient, ainsi que M. Paul Valéry, à l'Académie Mallarmé.

L'ouvrage « Horizon et Perspectives littéraires » (Edit. Debresse) de notre confrère, le Docteur G. Ducastel, de Boulogne-sur-Seine, vient d'être couronné par l'Académie française. (Prix Lafontaine).

Tous nos compliments au distingué lauréat.

— **Fondation d'Heucqueville**, 81-85, boulevard Montmorency, Paris (XVIe). — Il est donné un enseignement élémentaire de puériculture, sanctionné par un diplôme, comprenant un cycle annuel de 75 leçons. 45 leçons de *puériculture* (physiologie, pathologie, hygiène du nourrisson) ; 15 leçons sur l'*hérédité* (lois biologiques, hérédité morbide, hygiène raciale)

15 leçons sur l'*assistance* au premier âge et à la famille.

Les leçons se complètent par le stage pratique dans la pouponnière modèle de l'œuvre, stage d'une année en qualité d'élève externe ou interne, des séances d'application et des interrogations.

Cet enseignement élémentaire s'adresse aux jeunes filles futures sages-femmes, assistantes sociales, infirmières, jardinières d'enfants, aides-maternelles ou futures mères de famille, désireuses d'acquérir une formation solide et pratique sur les problèmes de la natalité et de la première enfance.

— **Naissance.** — Nous apprenons la naissance de Josiane PELLAT, fille du Docteur A. Pellat, de La Bridoire (Savoie). — Francine COUTIN, fille du Docteur Coutin de Segré (6 juin 1942). — Nicole GOBINET-CHANOINE, fille du Docteur J. Gobinet-Chanoine (Rethel, 26 juin 1942).

— **Mariage.** — On annonce le mariage de M. Guy LACRONIQUE, externe des hôpitaux de Paris, fils du Docteur Gaston Lacronique, stomatologiste de l'Hôpital Tenon et de Madame, née Sauvez, avec Mademoiselle Françoise BARRÉ, externe des Hôpitaux de Paris (20 juin 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur René DESPLATS, radiologiste de l'Hôpital de la Charité de Lille ; du Docteur PHILITT, de Jouques (Bouches-du-Rhône) ; du Docteur DEROUAU, de Chatellerault (Vienne) ; du Docteur HENRY DES TUREAUX, de Suresnes ; du Docteur Léon RENAULT, de Quimper, ancien président du Syndicat de Quimper, ancien membre du Conseil de la Confédération, ancien président du premier Conseil départemental (Finistère) de l'Ordre ; du Docteur Emile PERNOT, électro-radiologiste (Paris).

— Le Docteur Yoyotte, de Fontenay-aux-Roses, nous fait part du décès de son fils Pierre YOYOTTE, survenu le 18/20 mai 1940 dans la région de Malandry (Ardennes). Il était caporal au 23e R. I. C., C. A. et est tombé au Champ d'honneur au cours d'une patrouille pour laquelle il était volontaire.

Il était porté « disparu » depuis vingt-cinq mois.

Société médicale du XIXe arrondissement

— La Société médicale du XIXe arrondissement a fêté le 1er juillet 1942, les cinquante ans d'exercice de son doyen d'âge le Docteur Heins installé depuis 1892, avenue Jean-Jaurès.

Le Docteur Rouèche, président, fit l'éloge d'un confrère estimé de tous et qui a rendu les plus grands services dans ce quartier.

Le Docteur Heins retraça d'une façon enjouée ce qu'avait été la pratique médicale au cours de cinq décades d'exercice professionnel.

Avez-vous lu.....

Editions de LA REVUE DES INDÉPENDANTS,
70, rue de Bellet, Nice.

L'Art d'être heureux. — Robert MORCHE.

Pour acquérir cet art, si particulièrement enviable au temps que nous vivons, l'auteur donne à la fois des conseils de pragmatique philosophie et, en médecin qu'il est, une véritable ordonnance.

Il est à souhaiter que beaucoup de lecteurs trouvent ici le remède spécifique de l'époque.

G. L.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental de la Seine

Motion votée le 2 juillet 1942

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins profondément ému par des informations concordantes relatives à un remaniement prochain de la loi du 7 octobre 1940 sur l'Ordre des médecins et à la création, à côté de l'Ordre, de nouveaux organismes corporatifs indépendants de lui ;

S'étonne de n'avoir été ni tenu au courant ni même seulement informé des projets de refonte de l'organisation de la Corporation médicale ;

Estime que dans un régime à tendances corporatives une réforme aussi importante que celle de la transformation du statut de la profession médicale ne saurait s'élaborer en dehors de toute consultation des Conseils départementaux et des Commissions régionales de l'Ordre des médecins ;

Demande au Conseil supérieur de l'Ordre de vouloir bien être son interpr ête auprès des Pouvoir publics pour les mettre en garde contre toute réforme brutale, risquant par la création d'organismes corporatifs indépendants de l'Ordre, d'entraîner des conflits d'attributions et partant la discorde, la désunion et l'impuissance ;

Et se tient à la disposition des Pouvoirs publics pour leur exposer un programme d'améliorations, basé sur une meilleure répartition du travail au sein des divers Conseils de l'Ordre, notamment par une augmentation du nombre des membres du Conseil supérieur et des Conseils départementaux les plus chargés de besogne.

Bibliographie

MASSON et Cie, éditeurs,

120, boulevard Saint-Germain, Paris.

R. THUREL, ancien chef de clinique à la Salpêtrière, neuro-chirurgien de l'hôpital américain de Paris. — **Blessures cranio-cérébrales par projectiles.** Un vol. de 78 p. avec 24 fig., 36 francs.

Ce livre est le complément de celui qui a été publié à la fin de 1940 par le Docteur Thurel sur les « Traumatismes cranio-cérébraux » en général. Il a été écrit pour le neuro-chirurgien auquel l'auteur donne des indications précises :

1° Sur l'examen du blessé qui sera systématique, clinique et radiologique et sera complété par l'exploration chirurgicale de la plaie ;

2° Sur le traitement chirurgical : Dans quel cas faut-il opérer ? Quelle méthode faut-il mettre en œuvre ? L'auteur expose la méthode de la craniectomie temporaire qui offre le plus d'avantages, telle qu'elle a été appliquée par de Martel et ses collaborateurs.

Il tient largement compte de l'aide très efficace apportée aux chirurgiens par l'emploi des sulfamides.

P. MAURIAC, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux. — **Le traitement du diabète en pratique médicale.** Un vol. de 106 p. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, n° 30), 22 francs.

Un problème se pose au médecin qui entreprend le traitement d'un diabétique : l'individu donne à la maladie une allure particulière ; le diabète et son

traitement comportent tellement d'inconnus qu'il n'est pas de règle qui puisse le guider d'une façon impérative.

Ici le formulaire, le schéma, n'ont pas leur place ; l'effort intellectuel, l'appel au bon sens, à la physiologie aussi s'imposent.

Partant de cette idée qu'il n'y a pas de diabète, mais des diabétiques, que chaque malade exige son traitement personnel qu'il faut vérifier à tout instant et souvent modifier, convaincu que le médecin peut faire œuvre utile, même sans connaître la physiologie des syndromes, l'auteur a écrit ce guide où sont posés les jalons nécessaires.

Guide-barême indicatif des invalidités. *Accidents du travail et maladies professionnelles.* (Textes officiels). Un vol. de 152 pages, 23 francs.

Ce guide-barême indicatif des invalidités est indispensable à tous ceux, médecins experts et autres, qui sont amenés à connaître des accidents du travail et de leurs suites pour l'estimation du degré d'invalidité qui en résulte.

Le barême est précédé de l'exposé des principes généraux servant à son application et concernant en particulier les infirmités multiples et les infirmités antérieures.

C. Lian, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Tenon, G. Minot et J.-J. Welti. — **Phono-cardiographie.** *Auscultation collective, acoustique, technique, clinique.* Préface du Professeur A. Strohl. Un vol. de 256 p., avec 121 fig. 100 francs.

La phonocardiographie n'est pas destinée à remplacer l'auscultation, mais à l'aider, à en préciser les données, à apporter des renseignements supplémentaires que ne peut donner l'oreille, si exercée soit-elle. Elle est un moyen, dont les résultats doivent être confrontés avec ceux d'un examen clinique, radiologique, électro-cardiographique, humoral, pour tout dire, avec ceux de l'examen complet du malade.

Le but des auteurs est de faire dans ce livre le bilan de cette méthode nouvelle qu'est la phonocardiographie et de son associée, l'auscultation collective. Ils tiennent compte de tous les travaux nouveaux, ils critiquent les techniques et les opinions, ils exposent enfin leurs recherches personnelles.

Librairie Maloine,

27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VIe)

Technique de la parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial, par J. Audouin et J. Neveu. Un vol. de 64 p. avec 7 pl. hors texte dessinées par H. Frantz et 9 photographies.

Grâce à ce livre, tout chirurgien peut entreprendre la parotidectomie totale avec conservation intégrale du nerf facial, avec la certitude de mener l'opération à bien en toute sécurité.

Les auteurs exposent, en effet, leur technique dans ses moindres détails, et sept belles planches dessinées par Frantz illustrent clairement les temps opératoires successifs.

Aux chirurgiens qui ont la pratique de la parotidectomie totale, ce travail apporte une voie d'abord du nerf facial sans section de la mastoïde, une technique enfin dont les résultats esthétiques sont excellents.

Il constitue, en outre, un guide précieux appelé à rendre de grands services dans toute la chirurgie de la région parotidienne.

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Ses apparitions dans l'Est de la France
Les vaccinations préventives actuelles

Professeur Maurice PERRIN (Nancy)

Le typhus exanthématique paraît à beaucoup de nos concitoyens, et même à de nombreux médecins, être une maladie « lointaine » localisée à des foyers endémiques éloignés de notre région, comme la Russie, l'Afrique du Nord, certaines contrées d'Amérique.

Bien oublié est le souvenir de grandes épidémies, comme est oublié le souvenir de nos épidémies de choléra, de variole, de peste. La mémoire des hommes est courte !

Si le public est excusable, les médecins ont le devoir de ne jamais perdre de vue les possibilités : tous les pays peuvent connaître le typhus et en pâtir gravement.

La région de l'Est, que je prends pour exemple, l'a connu maintes fois.

L'une de ses apparitions les plus impressionnantes a été la suite de la contamination de la Grande Armée pendant la campagne de Russie (où le typhus lui coûta 25.000 morts). Au printemps de 1813, une violente épidémie éclata à Nancy, dans le 4e régiment de ligne, accrue bientôt par l'arrivée des blessés de Leipzig, des troupes démoralisées par une campagne désastreuse, enfin des vainqueurs eux-mêmes, épuisés. Les hôpitaux débordèrent vite sur les églises, sur les casernes, sur la Chartreuse de Bosserville, etc. Un « cimetière des Russes » a longtemps subsisté (correspondant à la rue Pasteur actuelle), et il y eut tant de morts à Bosserville, parmi les Français et parmi les troupes d'occupation, qu'il fallut utiliser le creux d'un étang pour y entasser les cadavres, que recouvrirent ultérieurement les frondaisons du bois Robin.

En 1854, épidémies dans les prisons de Nancy, Strasbourg, etc.

La campagne de Crimée, au cours de laquelle les médecins et les infirmiers furent les plus frappés, fut suivie d'une éclosion de cas dans maintes régions de la France, provenant de militaires rapatriés. Dans l'Est, on a cité particulièrement Neufchâteau et Chalon-sur-Saône.

En 1893, nouvelle diffusion à point de départ breton, surtout dans le Nord et l'Ouest, mais aussi avec quelques cas dans l'Est, dont trois soignés à Nancy. Mon Maître, le Professeur Paul Spillmann, qui en a publié la relation dans la *Revue de médecine*, n'y a pas dit que, dans l'ignorance où l'on était alors du mode de contagion, il a empêché ses assistants et ses élèves d'approcher des malades et qu'il a voulu les soigner seul, geste de dévouement qui n'a heureusement pas eu de suites fâcheuses pour lui.

Pendant la guerre 1914-18, plusieurs épidémies ont sévi dans des camps de prisonniers, où la contagion a été apportée par des Russes. Ici encore, les médecins ont été cruellement frappés, et parmi eux un chef de clinique de la Faculté de Nancy, le Docteur André Rohmer, fils du professeur d'ophtalmologie, décédé le 28 janvier 1919. Les cas restèrent clairsemés grâce à la découverte de Nicolle et aux mesures d'épouillage. Deux cas ont été traités à Nancy (J. Bénech).

Malgré les mesures prises, on vient de revoir le typhus, de provenance russe, dans les camps de prisonniers, où deux de nos élèves ont été atteints. Le péril est suffisant pour que des précautions minutieuses soient prises au moment des rapatriements de prisonniers.

Les risques sont donc suffisants pour que, dans l'Est comme ailleurs, il faille ne pas perdre de vue la possibilité de fuites dans la prophylaxie : le transport par des contaminés en voie d'incubation, la méconnaissance de la nature des premiers cas observés, etc.

Aussi est-ce avec un intérêt d'actualité que nous avons accueilli à la Faculté de Nancy, la thèse (19 mars 1942) du Docteur Jean Royer (chef de clinique, ancien interne des hôpitaux de Nancy), fruit de ses derniers mois de mobilisation passés en Tunisie, où il a travaillé dans le laboratoire de Paul Durand et participé aux vaccinations. Celles-ci ne sont pas superflues, quand on sait l'endémie et les épidémies nord-africaines et quand on voit combien l'épouillage est difficilement obtenu des indigènes, malpropres et imbus de préjugés qui leur font respecter les poux.

Ces vaccinations ont une raison d'être permanente dans l'Afrique du Nord, où le typhus fait souvent des victimes nombreuses ; n'a-t-on pas vu récemment un des plus sympathiques maîtres de la Faculté d'Alger, Yves Lemaître, succomber à une contagion hospitalière ? Elles ne s'imposent pas régulièrement chez nous, mais il faut y penser, comme on le fait dans les camps.

***

La prophylaxie du typhus comporte deux moyens principaux : l'épouillage et la vaccination, sans parler d'autres mesures plus générales.

L'épouillage n'est malheureusement pas toujours d'une réalisation complète, facile et sûre, dans certaines circonstances surtout. La vaccination garde donc une grande importance.

◆

Il existe, on le sait, plusieurs types de vaccinations employés jusqu'à ce jour contre le typhus, procurant les uns une immunisation passive (sérum de convalescents, sérum d'animaux immunisés), les autres une immunisation active (vaccins vivants, vaccins tués).

Le sérum de convalescent, injecté à la dose de 10 c. c. le plus tôt possible après la piqûre du pou, donne une immunisation immédiate et d'une durée de deux à trois semaines. Eu égard aux difficultés d'approvisionnement de ce sérum, l'Institut Pasteur d'Alger, dans une note publiée en juillet 1939, recommande de le réserver, en principe, aux personnes que leurs obligations professionnelles exposent particulièrement à la contagion. En temps d'épidémie du typhus ou en milieu endémique, toute piqûre de pou est suspecte.

Les vaccins vivants (vaccin marocain de Blanc et vaccin tunisien de Laigret) sont préparés en partant du virus murin vivant, atténué par divers procédés, et basés sur les propriétés vaccinantes, contre le typhus exanthématique (typhus classique ou historique), du virus typhique murin (le typhus murin est une maladie assez bénigne dont le réservoir de virus est le rat). De nombreuses vaccinations ont été pratiquées avec ces vaccins et les résultats publiés par Blanc et par Laigret sont très concluants. L'immunisation obtenue a une durée beaucoup plus longue que celle donnée par le sérum de convalescents, quoique non précisée encore.

Les vaccins tués, préparés en partant des agents pathogènes du typhus classique (*rickettsies*) sont : le vaccin polonais de Weigl, dérivé de germes recueillis dans l'intestin du pou, les deux vaccins mexicains de Zinsser, le vaccin américain de Cox, et les vaccins de Paul Durand (de l'Institut Pasteur de Tunis) et de Paul Durand et Paul Giroud, ces derniers obtenus par cultures de rickettsies dans les poumons de souris et de lapin, cultures émulsionnées dans du sérum formolé ; on a ainsi une suspension de rickettsies tuées, protégeant contre l'inoculation du virus typhique exanthématique.

Le Docteur Royer, qui a pu étudier en Tunisie les résultats obtenus avec les méthodes d'immunisation active et passive de Paul Durand, conclut que ces méthodes, plus encore que toute autre, joignent à une innocuité absolue une immunisation certaine.

L'Institut Pasteur de Paris a été récemment autorisé à préparer et à délivrer en France le vaccin antirickettsien, contre le typhus exanthématique, de Paul Durand et Paul Giroud.

Le praticien dispose donc, actuellement, de vaccins actifs contre le typhus exanthématique. Ils peuvent lui être fournis par l'Institut Pasteur de Paris et les Instituts Pasteur de l'Afrique du Nord.

DÉPISTAGE DE LA PRIMO-INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE DANS LES COLLECTIVITÉS DE JEUNES

Par les Docteurs Abel Lafitte,
Ancien chef de clinique à la Faculté

et Roger Lamy,
Attaché de radiologie à l'hôpital Necker

Pour dépister précocement, au stade le plus curable, la primo-infection tuberculeuse latente dans une collectivité de jeunes, il nous parait intéressant de recourir à une méthode groupant trois éléments fondamentaux :

1. L'étude du poids mensuel ;
2. La cuti-réaction, au moins trimestrielle ;
3. La radiophotographie thoracique, au moins semestrielle.

I) Valeur séméiologique du poids mensuel. — Le poids mensuel présente une grande valeur indicatrice, car il reflète fidèlement l'évolution physio-pathologique d'un organisme jeune, et permet de déceler précocement tel ou tel fléchissement.

Il importe de peser, tous les mois, à date fixe, sur une même balance, dans les mêmes conditions, tous les enfants ou adolescents d'une école, d'une usine d'une collectivité quelconque. On peut ainsi, établir le *graphique d'ensemble du poids mensuel* de chaque enfant ou adolescent. On porte en abscisse les mois de l'année et en ordonnée les valeurs du poids.

Chez des sujets, apparemment bien portants et qui travaillent, on peut observer divers types de courbes de poids mensuel :

1) *Un premier type : la courbe normale, régulièrement ascendante.*

C'est le cas, par exemple, de l'apprenti M..., âgé de 15 ans. En novembre, 51 kilos ; en décembre et janvier, 52 kgr. 500 ; en février, 53 kilos ; en mars, 54 kilos.

Courbe rassurante d'un organisme normal.

2) *Un deuxième type : la courbe régulièrement descendante.*

Il s'agit de sujets qui, depuis deux à trois mois, perdent chaque mois un poids d'importance variable, moins d'un kilo ou plus d'un kilo. Il faut se méfier en pareil cas, d'une primo-infection latente, surtout devant la régularité de la baisse pondérale, si légère soit-elle. C'est dans ces conditions que l'un de nous a pu saisir *deux virages de cuti-réaction* dans un groupe de 35 apprentis. Les graphiques de ces deux apprentis sont très comparables l'un à l'autre :

— *Apprenti D...*, 17 ans. En novembre, 55 kilos ; en décembre 56 kgr. 800 ; en janvier 56 kgr. 500 ; en février, 55 kilos. *La cuti-réaction devient positive en février.*

— *Apprenti D...*, 18 ans. En novembre 60 kilos ; en décembre, 62 kilos ; en janvier, 62 kgr. 500 ; en février 61 kgr. 500 ; en mars, 61 kilos. *La cuti-réaction devient positive en février.*

Il est évident que d'autres causes peuvent revendiquer ces baisses pondérales : troubles rhino-pharyngés, troubles hépatiques, restrictions alimentaires et aussi une cause importante : l'appendicite chronique.

II) La cuti-réaction périodique. — Absolument inoffensive, la cuti-réaction devrait être,

depuis longtemps, obligatoire dans toute collectivité de jeunes travailleurs, intellectuels ou manuels.

Nous conseillons de faire la cuti-réaction *tous les trois mois*, systématiquement, chez les sujets bien portants, jusqu'à ce qu'elle devienne positive. Mais elle sera refaite plus tôt, dès la constatation d'un fléchissement que n'explique pas une cause banale ou accidentelle.

Un point essentiel, *c'est de saisir sur le vif le virage de la cuti-réaction*, qui constitue une date fondamentale chez un sujet jeune et pose un problème pratique fort important.

Si le virage de la cuti s'accompagne d'une déficience de l'état général, un repos complet de trois mois s'impose, même en l'absence de tout signe radiologique pulmonaire. Ainsi l'organisme récemment contaminé et fatigué refait ses forces et évite des complications parfois redoutables. S'il existe un complexe ganglio-pulmonaire radiologique, il faut prolonger la cure de repos jusqu'à sa disparition (un an en moyenne). Si le virage de la cuti-réaction ne s'accompagne d'aucun trouble apparent, on peut permettre au sujet de continuer son travail, mais sous une surveillance médicale étroite. Il serait préférable de voir un tel sujet se reposer un ou deux mois.

III) La radiophotographie thoracique périodique. — Dans des articles précédents (*Concours Médical*, 30 novembre 1941 et *Presse Médicale*, 14-17 janvier 1942) nous avons montré les raisons pour lesquelles la radiophotographie constitue, dans une collectivité, la meilleure méthode radiologique de dépistage des affections thoraciques.

Il importerait de faire, tous les six mois, chez des sujets apparemment bien portants, une radiophotographie thoracique systématique, et de la refaire en cas de virage de la cuti-réaction ou d'un fléchissement suspect.

Le camion radiophotographique permet de pratiquer les examens sur place, sur les lieux mêmes du travail ; mais il est d'un prix élevé.

C'est pourquoi, selon les régions et les circonstances, il peut être intéressant de recourir aux postes fixes, moins onéreux et qu'on peut ajouter aux installations radiologiques ordinaires, comme celle des services radiologiques des hôpitaux, des dispensaires d'hygiène sociale, des dispensaires municipaux, etc...

***

Valeur de certains signes de la primo-infection latente. — Il faut se méfier de la possibilité d'une primo-infection tuberculeuse latente, lorsqu'on note, chez un jeune sujet, l'association des trois signes suivants :

1. Diminution de l'activité ;
2. Diminution régulière du poids ;
3. Diminution de la tension artérielle.

1) *Diminution de l'activité.* — Ce sont les maîtres qui les premiers remarquent ce symptôme. Tel élève qui jusque-là travaillait bien, frappe par son asthénie, sa lenteur au travail. Ses notes baissent ; on est, parfois, tenté d'accuser de paresse de tels sujets.

2) *Diminution régulière du poids.* — Nous avons suffisamment insisté sur son importance. On accordera une valeur particulière à la régularité de la perte de poids. Ce seul signe nous a permis de découvrir récemment deux virages de cuti.

3) *Diminution de la tension artérielle.* — La tension baisse assez souvent, au cours de la primo-infection. On ne l'enregistrera qu'à partir de l'âge de 11 ans.

D'autres affections que la primo-infection peuvent réunir ces trois symptômes ; mais, si l'on constate ce trépied chez un sujet jeune, il sera sage de recourir à une cuti-réaction et à une radiophotographie pulmonaire.

***

Considérations pratiques sur le dépistage de la primo-infection. — Pour mener à bien cette vaste entreprise médico-sociale, il importe de remplir certaines conditions :

1° Rendre obligatoire, dans toutes les écoles des grandes villes et des banlieues surpeuplées, chez tous les apprentis des usines et dans toutes les collectivités de sujets jeunes les trois opérations : pesée mensuelle, cuti-réaction au moins trimestrielle, radiophotographie au moins semestrielle.

2° Instituer, pour chaque enfant ou adolescent, le système du *carnet sanitaire individuel*. Sur ce carnet, on inscrirait les maladies d'enfance déjà contractées, les diverses vaccinations reçues et le graphique du poids mensuel avec insertion de la cuti-réaction et des résultats radiologiques périodiques.

3° Intensifier l'activité des assistantes sociales et scolaires. Elles accorderaient une attention spéciale aux sujets dont le carnet sanitaire accuse un fléchissement, une baisse de poids, un virage de cuti-réaction. Munies de ces renseignements, elles pourraient mener une enquête familiale fructueuse.

4° La généralisation d'une telle méthode de dépistage permettrait de « détecter » un grand nombre de primo-infections latentes et d'accorder, à temps, un repos salutaire à un organisme momentanément déficient. Il serait possible, ainsi, de diminuer, dans une large mesure, le nombre des cas de tuberculoses pulmonaires graves et évolutives. Car ce qui est essentiel, c'est de reconnaître, chez l'enfant et l'adolescent, la tuberculose non pas aux stades tardifs et sévères de la bronchopneumonie caséeuse, mais bien au stade préliminaire, au *stade du virage de la cuti-réaction*. Ce but pourrait être atteint par l'application de notre méthode dans les écoles, ainsi que dans les usines comportant un nombre plus ou moins important d'apprentis. A cet effet, le service médico-social des usines rendra de précieux services, en dehors de son activité coutumière. Pour illustrer le bien-fondé de notre opinion, nous voulons montrer, par des exemples concrets, les trois étapes du dépistage de la tuberculose dans un groupe d'une trentaine d'apprentis, au cours d'une même année scolaire.

a) *Etape trop tardive* : En mars 1941, nous allons voir à l'hôpital l'apprenti G..., âgé de 18 ans. Sa situation est désespérée : tuberculose pulmonaire ulcéro-caséeuse, bilatérale, avec température hectique. Il y a deux mois, un pneumothorax a été tenté sans succès. Au bout de trois mois, il succombe dans la cachexie tuberculeuse. Cet apprenti était fatigué depuis plusieurs mois. Il maigrissait. *Mais, faute de service médico-social, il n'était pas surveillé médicalement.*

L'application du dépistage systématique tel que nous le concevons aurait eu des chances de détecter plus tôt sa tuberculose et peut-être d'éviter une évolution aussi redoutable.

b) *Etape tardive, mais permettant la guérison d'une primo-infection méconnue.* — L'apprenti L..., âgé de 16 ans, frappe son entourage, en mars 1941, par son asthénie, son apathie. Il travaille mal : ses notes baissent. On nous demande de l'examiner. Nous découvrons à l'examen radiologique les séquelles du complexe primaire : infiltrat dense de la base droite, avec adénopathie hilaire. La cuti-réaction est fortement positive.

Nous apprenons que, cinq mois auparavant, ce garçon avait présenté, pendant trois semaines, une température inexpliquée à 39°. Et depuis lors, asthénie, apathie croissantes.

Malgré tout, pendant cinq mois, sans aucune surveillance médicale, il continue son travail. L'application de notre méthode de dépistage aurait certainement fait gagner plusieurs mois à ce jeune apprenti. Cependant, il a pu se reposer assez tôt ; et il se transforme régulièrement, grâce à une cure de montagne.

c) *L'étape du virage de la cuti-réaction.* — C'est celle de nos deux apprentis, chez qui nous avons pu dépister précocement la primo-infection, par la surveillance mensuelle de leur poids. Seule la diminution silencieuse de leur poids mensuel nous a incités à leur faire une cuti-réaction ; car d'eux-mêmes, ils n'attiraient pas l'attention sur leur état de santé. C'est l'étape idéale qu'il faut atteindre, et nous pensons qu'elle peut l'être par : l'étude du poids mensuel, la cuti-réaction au moins trimestrielle et la radiophotographie au moins semestrielle.

***

Conclusions. — Pour le dépistage de la tuberculose chez les jeunes, trois notions primordiales sont donc à retenir :

1° *Valeur séméiologique considérable du poids mensuel.* La moindre chute de poids a une raison futile ou grave, qu'il faut préciser ;

2° Il faut déceler l'infection tuberculeuse non pas aux stades avancés et graves, mais au stade primaire, au moment du virage de la cuti-réaction. On limite alors les dégâts évolutifs ;

3° Ce but peut être atteint par application et généralisation de notre méthode basée sur : le poids mensuel, la cuti-réaction trimestrielle, la radiophotographie semestrielle.

AU CHEVET DES PATIENTS

I

L'ŒDÈME PLEURAL DANS LES CARDIOPATHIES du Professeur A. DUMAS (de Lyon) (1)

Dans le lot si important et quelque peu disparate des épanchements pleuraux, que l'on peut voir survenir chez les cardiaques, il est une variété, mal caractérisée jusqu'ici, qui paraît pouvoir être identifiée sous le nom d' « œdème pleural ». Celui-ci ne rentre dans les cadres classiques ni de l'épanchement infarctoïde, ni de l'hydrothorax. Il se produit dans les conditions mêmes, où aurait pu tout aussi bien se produire un œdème pulmonaire, c'est-à-dire au cours d'une crise d'insuffisance ventriculaire gauche ; c'est dire que le nom d'œdème pleural paraît le mieux apte à le définir, car le flux séreux, au lieu de s'épancher dans les alvéoles, se répand dans la plèvre. Ces deux variétés d'œdème peuvent d'ailleurs s'associer, l'une d'elles étant parfois plus importante que l'autre. L'œdème pleural peut également se reproduire comme l'œdème pulmonaire. Dans certaines conditions, il persiste et devient le point de départ d'une hydropisie progressive.

Pour mieux fixer les idées, disons aussitôt que l'œdème pleural diffère de la pleurésie infarctoïde et aussi de l'hydrothorax par son mode de début, par son évolution, par sa formule cytololique, et la nature même (non inflammatoire) du liquide épanché.

Il s'agit souvent d'un sujet d'une cinquantaine d'années, porteur d'un cœur légèrement hypertrophié, avec ébauche de bruit de galop, tension artérielle légèrement élevée, tendant à la décapitation, albuminurie et azotémie légères. Cet état était jusqu'alors relativement bien supporté. Le malade est pris la nuit, à l'heure habituelle de l'œdème aigu du poumon, d'une dyspnée plus ou moins violente, qui n'aboutit pas à l'expectoration spumeuse de l'œdème, persiste pendant un temps plus ou moins prolongé, puis s'atténue pour persister sous une forme plus légère. Lorsqu'on examine le patient le lendemain ou quelques jours plus tard, l'interrogatoire fait inévitablement penser à une crise avortée d'œdème aigu du poumon. Mais si alors on percute les bases, on s'aperçoit que l'*une d'elles* sonne mal, et la ponction ramène du liquide en plus ou moins grande abondance, parfois plus d'un litre. Au lieu d'un œdème pulmonaire, c'est un épanchement pleural qui s'est produit. Les conditions de production restent les mêmes. Le mécanisme pathogénique reste identique : défaillance momentanée de l'activité ventriculaire gauche, puis le plus souvent, épanchement passager dans le poumon et secondaire dans la plèvre. Seul diffère le lieu de production, et la *moindre gravité.*

Il ne s'agit pas là d'un hydrothorax. Les preuves en sont : la soudaineté d'apparition, l'habituelle unilatéralité, la rétrocession possible dans un grand nombre de cas, et surtout l'absence de ce caractère de passivité, à quoi se reconnaît l'hydrothorax.

D'autre part, l'œdème pleural se distingue de l'œdème de l'infarctus par sa brusque apparition, non précédée d'expectoration hémoptoïque, mais aussi par sa formule leucocytaire, qui est faite de placards endothéliaux, et d'une réaction de Rivalta négative, le liquide est analogue à la sérosité de l'œdème.

Evidemment l'œdème pleural peut revêtir différentes modalités évolutives : résorption plus ou moins rapide, avec ou sans ponctions, et guérison; ou bien début d'un œdème progressif, qui aboutit soit à l'anasarque, soit à l'urémie. Mais un tel sujet, qui était menacé d'œdème pulmonaire, se trouve à l'abri de cette première complication, quand il a une fois réalisé un épanchement pleural. L'œdème pleural peut, de ce fait, être considéré comme compensateur de l'œdème pulmonaire.

(1) *Le Journal de médecine de Lyon* (20 novembre 1941).



Contre l'ASTHÉNIE :
AMPOULES NÉVROSTHÉNIQUES
et Gouttes
FRAISSE
Strychno-phospharsinées



Contre la SCIATIQUE,
le RHUMATISME :
CAMPHRO-SALYL
FRAISSE
Chaque ampoule contient : 0 gr. 50 de Salicylate de Benzyle
0 gr. 10 de Camphre



Contre l'ARTÉRIOSCLÉROSE:
GOUTTES HYPOTENSIVES
FRAISSE
à l'Extrait de Gui et au Nitrite de Soude





BIOLACTYL
Ferment lactique Fournier
Culture liquide et comprimée
LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES
7, RUE BISCORNET • PARIS •

Le fait de ponctionner, dans ces cas, le liquide pleural ne risque pas, comme on l'a prétendu, de provoquer une nouvelle crise d'œdème, mais permet au contraire à l'œdème de s'épancher à nouveau (à la faveur d'une diminution de pression) dans la cavité pleurale, où sa présence sera moins nocive que dans les alvéoles pulmonaires, avec les accidents si redoutables d'asphyxie. A la suite de la ponction, la dyspnée diminue, le malade se trouve mieux et l'efficacité de la digitaline devient plus active.

II

Les énigmes du flanc droit, en dehors de l'appendicite

Tout syndrome douloureux de la fosse iliaque droite ne répond pas obligatoirement à une inflammation de l'appendice. A celle-ci peuvent être aussi associés soit une annexite, soit une épiploïte, un calcul urétéral ou rénal, une cholécystite, etc. Ici même(1), le Dr Aumont vient d'attirer l'attention sur les affections chirurgicales associées du flanc droit, et il a donné de sages conseils pour la pratique médicale. En pareil cas, de grandes difficultés peuvent entourer l'établissement d'un diagnostic précis, et cet auteur de conclure : « quoiqu'il en soit, pensons toujours au rein et à l'uretère droits, en présence d'une affection du flanc droit, qui ne fait pas absolument et totalement sa preuve ».

Mais il est une localisation médicale, à laquelle il importe également de penser en pareil cas ; c'est l'*iliacalgie droite*, sur laquelle G. L. (2) nous donne tous renseignements utiles, étant donné le nombre relevé des appendicites chroniques, qui ont été opérées par erreur, laissant persister des troubles fonctionnels après l'intervention. Ceux-ci relèvent-ils, comme on le dit volontiers, de périviscérite, ou d'adhérences consécutives à l'acte chirurgical ? La chose est exceptionnelle.

Il peut s'agir alors d'une iliacalgie droite, c'est-à-dire d'une plexalgie ; et celle-ci ne cédera qu'au traitement approprié. C'est habituellement une jeune femme, qui souffre, de crises douloureuses localisées à la fosse iliaque droite. Ces crises sont généralement nocturnes, et surviennent à la suite de fatigues ou de contrariétés. Elles subissent une recrudescence à l'approche des règles. La malade, très agitée souffre plutôt dans la partie inférieure et interne de la fosse iliaque droite. Ces douleurs sont lancinantes et, dans les cas typiques, rythmées par les battements systoliques. Il n'existe ni nausées, ni vomissements, mais la constipation est habituelle. Aucun symptôme d'infection ; numération globulaire normale. La crise cesse d'elle-même au bout de une à deux heures, et la malade s'endort d'un sommeil profond. Dans l'intervalle des crises, il ne persiste qu'un endolorissement de la fosse iliaque droite ; durant tout ce temps, la température est demeurée normale. A côté de ces crises, l'interrogatoire décèle fréquemment les signes d'une asthénie et d'une angoisse, qui marquent l'*hypersympathicotonie.*

La symptomatologie de l'iliacalgie droite se résume dans la constatation d'une *douleur* provoquée par la palpation des *artères iliaque, primitive et externe droites*, plus facile chez les sujets maigres. On se place du côté droit de la malade allongée en décubitus dorsal. La main droite reconnaît d'abord la bifurcation aortique sur la saillie des corps vertébraux lombaires. Puis, du promontoire, le bord cubital de la main et l'extrémité des quatre derniers doigts descendent en bas et en dehors, le long de la ligne innominée de l'os iliaque, du « détroit supérieur » des accoucheurs. Le long de la margelle du petit bassin, on perçoit le battement des artères iliaques primitive et externe. La douleur provoquée est généralement maxima au point, où les battements systoliques sont le plus nettement perçus. Ce point, en général situé en dedans et au-dessous du point de Mac Burney, se confond souvent avec le point de Lang droit. Le reste de l'examen décèle, en général, une ptose gastrique accompagnée de ptose colique, des poumons normaux, un cœur irritable et instable du type neurotonique.

Le grand diagnostic différentiel se discute entre appendicite chronique et iliacalgie. Dans l'appendicite chronique, les crises douloureuses spontanées l'emportent sur les douleurs provoquées ; radioscopiquement, la douleur siège au point d'implantation de l'appendice, et non ailleurs ; il y a une leucocytose légère. Dans l'iliacalgie, au contraire, c'est essentiellement la palpation, qui réveille une douleur, dont on peut suivre le tracé jusqu'à l'aorte : la radioscopie montre le point douloureux distinct du cæcum, et l'examen hématologique reste négatif.

En pratique, le danger d'une crise appendiculaire demeure la préoccupation majeure. Chez l'enfant, ce danger est tel qu'il vaut mieux toujours opérer. Chez l'adulte, surtout chez la femme, il y a au contraire intérêt à bien reconnaître l'iliacalgie. La partie essentielle du traitement s'adressera à la sympathalgie abdominale. Les calmants généraux (bromures, cratægus, barbituriques à doses faibles) seront associés aux tonifiants nerveux non excitants : glycérophosphates, lécithines. Le sulfate d'ésérine sera parfois très utile (un granule de un milligr., puis 2, puis 3 par jour, 4 par semaine). Chez les sujets très maigres : cure d'engraissement, saison thermale sédative du sympathique.

G. Fischer.

(1) A propos des affections chirurgicales associées du flanc droit. (*Le Concours médical*, 11 janvier 1942).

(2) L'iliacalgie droite. (*Journal des Praticiens*, 6 décembre 1941).

Les Sociétés savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Diminution des accidents délirants alcooliques sous l'influence du rationnement actuel

(MM. PAGNIEZ et A. PLICHET ; 17-3-1942)

Sous l'influence de la limitation actuelle de consommation des boissons alcoolisées, une réduction des accidents alcooliques pouvait être prévue. MM. Pagniez et Plichet, dans le service d'agités de l'hôpital Saint-Antoine, qui reçoit un important pourcentage d'alcooliques, ont, en effet, enregistré une grosse diminution des troubles mentaux alcooliques.

L'action préventive des sulfamides en chirurgie laryngée

(M. G. PORTMANN ; 17-3-1942)

Un des risques, et non le moindre, de la chirurgie laryngée (laryngectomie, pharyngo-laryngectomie) est l'infection pulmonaire possible et ses suites graves. Déjà les progrès de la technique ont atténué ce risque. La sulfamidothérapie peut être ici particulièrement utile. Elle a donné à M. Portmann d'excellents résultats, employée *per os* et en applications locales.

La méningococcie aux armées

(MM. R. LIÉGEOIS, R. SOHIER et A. AUJALEU. — Présentation par M. G. RAMON ; 17-3-1942)

Pendant la campagne 1939-1940, la méningococcie fut, aux armées, beaucoup moins fréquente que pendant la guerre 1914-1918, grâce aux mesures prophylactiques mises en œuvre : réduction des contacts entre l'élément civil et l'élément militaire, administration préventive des sulfamides. La sulfamidothérapie permit aussi, jointe à la sérothérapie, de réduire la mortalité des cas observés (10, puis 5 p. 100, de taux de mortalité, au lieu de 30 p. 100).

L'eau d'égout comme porteur et disséminateur du virus poliomyélitique

(MM. C. KLING, OLIN, FAHRAEUS et NORLIN, de Stockholm. — Présentation par M. LEVADITI ; 17-3-1942)

M. Kling revient sur un sujet dont il a déjà entretenu l'Académie en 1940 : la présence du virus poliomyélitique, en temps d'épidémie, dans les eaux d'égout et l'intérêt prophylactique que cette constatation peut offrir. Au cours d'une épidémie de paralysie infantile qui sévit à Stockholm en 1939, l'auteur a isolé dans l'eau dégout, une souche de virus poliomyélitique qui s'est montrée pathogène pour le singe *Rhesus*. Retrouvé, atténué, trois mois plus tard, le virus avait disparu neuf mois après la fin de l'épidémie, du moins sous une forme décelable. L'attention de l'auteur a été attirée par un protozoaire que l'on pourrait soupçonner comme vecteur possible.

Sur l'utilisation des déchets de fabrication de la quinine

(MM. MARCHOUX et CHABAUD ; 24-3-1942)

Pour parer dans une certaine mesure à la pénurie pe quinine, on a proposé d'utiliser un totaquina composé de quinine associée à certains déchets de traitement des quinquinas (cinchonine et quinoïdine). Les auteurs ont cherché à établir quelle pouvait être la valeur thérapeutique de la quinoïdine chez les paludéens. Chez des paralytiques généraux soumis à l'impaludation, ils ont vu les accès paludéens, qui cédaient à 0 gr. 25 de quinine, n'être interrompus qu'avec une dose de 1 gramme de quinoïdine, dose à laquelle des phénomènes toxiques deviennent possibles. Ils concluent au rejet de l'emploi du totaquina en question dans le traitement du paludisme.

Valeur alimentaire de la farine d'arachide déshuilée

(MM. MACHEBŒUF et F. TAYEAU ; 24-3-1942)

La farine d'arachide déshuilée, produit riche en protéides digestibles, peut constituer un aliment de complément pour l'homme. Les protéides de cette farine (arachine et conarachine), dans leur association naturelle, donnent un aliment bien équilibré et de digestibilité bonne, dénué de toute toxicité. MM. Machebœuf et Tayeau appuient cette opinion sur des recherches expérimentales (faites sur le rat) et sur des recherches cliniques : chez des pensionnaires d'un asile, en état de carence protéidique, ils ont vu se produire une amélioration notable par l'adjonction au régime de farine d'arachide déshuilée.

— M. TANON rappelle que les produits de remplacement peuvent apporter un appoint sérieux au ravitaillement. Il conviendrait de les faire connaître au public.

— M. RIBADEAU-DUMAS pense aussi qu'il faudrait vaincre la défiance que l'on a contre des sources alimentaires inemployées, susceptibles d'être utiles.

Résistance à la carence en fonction de l'état primitif de vitaminisation

(MM. A. GIROUD, RATSIMANANGA et CHALOPIN ; 24-3-1942)

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

De l'action des plaques en métal pur appliquées sur des plaies traînantes

(M. Ch.-H. CHEVALLIER. — Rapport de M. MENEGAUX ; 18-2-1942)

M. Chevallier, à la suite de la communication de M. Brette, a utilisé trois fois la méthode d'application de plaques d'aluminium sur des plaies traînantes. Il a obtenu deux améliorations très nettes et, dans le troisième cas, un résultat négatif.

Deux cas de rupture traumatique de l'artère axillaire

(MM. CHAUVENET, de Thouars et DARAIGNEZ, de Loudun. — Rapport de M. SÉNÈQUE ; 18-2-1942)

Les observations des auteurs concernent deux cas de rupture traumatique de l'artère axillaire à la suite de luxations de l'épaule. Il s'agit de faits pathologiques peu fréquents. Certaines de ces ruptures de l'axillaire apparaissant au cours de la luxation de l'épaule sont primitives, d'autres sont consécutives aux manœuvres de réduction. La symptomatologie, chez l'un des malades de MM. Chauvenet et Daraignez, a comporté des douleurs irradiées, l'absence de pouls radial, sans souffle, ni hématome ; chez le second malade, elle imposait mieux le diagnostic de lésion artérielle, en raison du gonflement de l'aisselle et de la teinte ecchymotique des téguments, avec crises douloureuses violentes.

Le diagnostic radiologique de l'infarctus de l'intestin

(MM. Jean PATEL et Pierre PORCHER ; 4-3-1942)

M. Mondor a condensé dans une formule heureuse le tableau clinique très spécial de l'infarctus de l'intestin : signes fonctionnels d'une occlusion, mais incomplets ; signes physiques d'une tuméfaction pâteuse, mate, de contours flous ; signes généraux d'une hémorragie interne, avec collapsus précoce. Le diagnostic n'en est pas moins assez délicat à poser et l'aide de la radiologie peut devenir précieuse.

MM. J. Patel et P. Porcher signalent quelques signes radiologiques qui, dans cinq cas sur huit, leur ont donné une réponse utile . Ces signes ont consisté en image d'une anse transparente, de dilatation uniforme, aux contours nettement dessinés, mais plus épais que d'habitude, sans niveaux hydro-aériques, et absolument immobile, ou en l'aspect d'une anse plus opaque, de tonalité stercorale, également sans péristaltisme.

— M. MOULONGUET rappelle que les aspects radiologiques de l'anse infarcie ont déjà été signalés par M. Gautier, d'Angers, en 1936, ainsi que par lui-même et M. Delbreil, en 1938.

— M. MONDOR remarque que M. Porcher et lui étudient radiologiquement, depuis au moins douze ans, les affections abdominales de ce genre, les « abdomens urgents ». Le diagnostic clinique de l'infarctus, qui a passé pour une prouesse rare, n'est plus exceptionnel. Personnellement, il l'a fait trois fois sur cinq observations. Le pronostic, s'il s'agit d'infarctus vrais, reste fort grave.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Maladie d'Addison traitée par greffe sous-cutanée d'hormone de synthèse

L. DE GENNES, D. MAHONDEAU et M. LANDAT (13-2-1942)

Cette greffe consiste à glisser, après incision cutanée et réalisation à la curette d'un petit tunnel dans le tissu cellulaire, une ou plusieurs pastilles, fortement comprimées et comportant chacune, par exemple, 125 milligrammes d'acétate de désoxycorticostérone. Cette méthode évite ainsi la sujétion des injections quotidiennes de ce produit. Sans doute, la greffe ne représente-t-elle qu'un apport massif d'hormone, dont le débit est bien loin des merveilleux mécanismes compensateurs qui régissent la sécrétion d'une glande saine; aussi réclame-t-elle une attention de chaque jour, en raison du danger d'une résorption incontrôlable. Ce procédé ne peut être appliqué pratiquement sans un complément d'études.

La surrénalectomie et la physiothérapie des hypertensions artérielles paroxystiques

MM. Julien HUBER, L. KERVAREC et A. CORTEEL (20-2-1942)

Deux malades ne présentant pas la même forme d'hypertension paroxystique, furent traitées : l'une encore réglée, par radiothérapie ; l'autre ménopausée, par une surrénalectomie unilatérale. La surrénalectomie est capable de rendre de grands services dans des cas dépourvus de grosses lésions rénales. Cependant la radiothérapie du ganglion sinu-carotidien, elle aussi, doit être rangée parmi les thérapeutiques précieuses, parce que bien tolérée et facile à réaliser.

G. F.

La Presse

L'infiltration du sympathique pelvien dans certaines plexalgies hypogastriques et dans le prurit vulvaire

Dans certaines séquelles de paramétrite avec un syndrome de plexalgie plus ou moins complet, le Professeur COTTE (de Lyon) obtient avec une ou deux infiltrations consécutives de novocaïne, faites à la base du paramètre, une amélioration suffisante pour qu'il devienne inutile ensuite de sectionner le nerf présacré. Il a même cherché, par exemple, à atteindre le plexus lombo-ovarien, et il a obtenu, dans un cas de névralgies ovariennes persistantes après ovariectomie, un résultat définitif, alors que l'infiltration de la chaîne lombaire ne lui avait donné qu'une amélioration insuffisante. En pareils cas, si l'on veut que l'infiltration remonte aussi haut, il faut faire des injections assez considérables (500 c. c.) ; on commence par 30 à 50 c. c. d'une solution de novocaïne à 1 p. 100 au niveau de la base du paramètre, en plein ligament utéro-sacré ; si celle-ci est bien tolérée, on fait alors une injection beaucoup plus massive avec 4 à 500 c.c. de sérum artificiel.

Par cette méthode, deux cas de prurit vulvaire rebelle chez des femmes ménopausées ont été rapidement soulagés, puis ont guéri très vite par des injections de folliculine à haute dose. (*Revue française de Gynécologie*, janvier 1942).

Variabilité de la réaction de Schick

Le Docteur R. RENDU (de Lyon) a déjà discuté de la véritable signification que possède la réaction de Schick, et il souligne l'extrême variabilité des résultats qu'elle donne chez le même individu, suivant les conditions physiologiques (fatigue) ou pathologiques (maladies anergisantes), où il se trouve au moment de l'examen, suivant la façon dont on classe les cas-limite, suivant surtout le taux de dilution de la toxine employée comme réactif. A ces différents facteurs de variabilité se superpose enfin la grande instabilité de la toxine, qui peut, suivant les ampoules d'un même lot, faire apparaître un pourcentage de Schick positifs variant dans la proportion de 1 à 5. La réaction de Schick serait donc un instrument par trop élastique de mesure de l'immunité diphtérique et de contrôle de l'efficacité de la vaccination antidiphtérique. (*Gaz. des Hôpitaux*, 4 avril 1942).

Sur les causes et le traitement de l'avortement spontané

Il est établi que, dans soixante-six pour cent environ des cas, la cause de l'avortement doit être attribuée non pas à des manœuvres criminelles, mais à des causes générales (infections, etc.) ou locales (rétroflexion, tumeurs, inflammations diverses), et aussi à des malformations de l'œuf lui-même, dans la proportion de un sur deux. W. SCHULTZ retrouve cet œuf abortif principalement au cours du premier trimestre de la gestation ; il est facile à reconnaître pour les initiés, quand le fruit de la conception est éliminé spontanément et recueilli avec les doigts, sans l'intervention de la curette, qui le déforme. A titre prophylactique, il est recommandé de lutter avec rapidité contre toute tendance hémorragique, qui dénote la possibilité d'un œuf abortif, qu'il s'agisse d'une véritable hémorragie ou d'un écoulement muco-sanguinolent du col. Peut-être serait-il utile également de soumettre les deux parents à la vitamine E, lorsque pareil avortement s'est produit une première fois. (*Munch. Mediz. Wochens.*, 29 janvier 1942).

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

QUE FAUT-IL ENTENDRE PAR «LE PROBLÈME DES MÉDECINS PRISONNIERS» ?

Si le sort de nos confrères prisonniers nous préoccupe, si ce souci s'exprime de façon souvent répétée dans nos colonnes, ce n'est pas seulement parce qu'il évoque la plus cruelle actualité, ni qu'il émeut une élémentaire sympathie humaine. Ce n'est pas seulement non plus parce que tout médecin français se sent solidaire de ceux que le seul devoir professionnel maintient en captivité et qui, en conséquence, œuvrent là-bas en notre nom à tous. Bien d'autres professions, qui n'ont à jouer dans la guerre aucun rôle spécial comme la nôtre, tiennent cependant à constituer un front commun contre le cataclysme et lient par un devoir ceux qui ont été épargnés à ceux qui furent éprouvés.

Un autre point de vue, moins altruiste, moins spontané et qu'il vaut la peine de souligner à ceux qui n'y penseraient pas, incline de façon particulière les médecins vers leurs prisonniers.

Ils exercent une profession qui, plus que toute autre, a été bouleversée de fond en comble par les événements puisque depuis deux ans la structure professionnelle a été totalement remaniée et que les innovations se succèdent de façon subintrante.

Les médecins se sont beaucoup émus d'avoir à subir ce renouveau sans qu'un simple avis leur eût été demandé. Beaucoup néanmoins ont pu se faire entendre; même si ce fut en pure perte, le fait est à retenir. Tous les membres des Conseils de l'Ordre, tous ceux qui connaissaient un de ces membres, ceux enfin qui, sur tel ou tel sujet, élevèrent la voix dans les journaux professionnels, ont eu la possibilité de rompre cette passivité qui leur pesait. Ainsi certains projets, comme celui sur la retraite, certains textes déjà édictés, comme le Code de déontologie, ont été amendés et infléchis à la courbure des suggestions émises. Il est probable que même certaines lois fondamentales subiront une rédaction nouvelle sous la poussée de l'opinion.

Seuls les quelques centaines de médecins de réserve encore retenus dans les camps ou lazaretts n'ont pas eu la possibilité de faire connaître leur point de vue.

Or, ce sont tous, par définition, des médecins jeunes ; pour eux, l'aménagement nouveau de la profession retentira sur de nombreuses années d'exercice ; ils ont donc plus d'intérêts en jeu que des septuagénaires sur le déclin et leurs avis seraient plus valables.

C'est pourquoi, en première ligne, nous avons demandé la relève par des médecins de l'active. Mais à mesure qu'on revient sur ce problème, on se rend compte qu'il dépend de nombreux facteurs parmi lesquels les plus décisifs nous échappent, et échappent même à ceux que nous pourrions gourmander.

Certes, il n'est possible, dans notre profession pas plus que dans toute autre, d'attendre le retour des prisonniers pour édifier et appliquer les programmes de rénovation. Reste donc la seule, mais impérieuse et urgente, action en notre pouvoir : édicter dès maintenant les mesures de préservation à prendre pour qu'à leur retour les prisonniers n'aient pas à souffrir des dommages nouveaux et, ceux-ci, évitables. Ne pouvant rien pour adoucir leur sort actuel, nous avons le devoir de tout faire pour défendre du moins leur avenir.

***

Jusqu'à présent le seul texte de loi s'intéressant aux médecins prisonniers est celui du 2 avril 1941 relatif à la création ou l'extension de cabinets médicaux.

Ce texte, abrogeant les dispositions du décret du 20 mai 1940, dispose en son art. 1er que «..... aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin prisonnier de guerre, sinon à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier ».

Cette rédaction est trop cursive pour ne pas prêter le flanc aux astuces de mauvaise foi. Que signifie : aux lieu et place ? S'installer à cent mètres d'un médecin de ville (ou dans le village voisin à la campagne), est-ce se mettre en son lieu et place ?

Et puis quel tentant stratagème de desservir à titre provisoire la clientèle d'un médecin prisonnier, même par accord avec la famille de celui-ci, même installé dans sa maison. Puis au retour du prisonnier, le remplaçant peu scrupuleux s'installe en face, à titre définitif cette fois, et avec permission de la loi. Qu'on ne se récrie pas ; le fait s'est produit.

Le Conseil supérieur, averti de cette impudente interprétation de la loi, demanda (*Bulletin de l'Ordre*, mars 1942, p. 80) que « le refus d'installation pût être opposé pendant deux ans dans le lieu de résidence du médecin prisonnier et dans un rayon de 20 kilomètres ».

Aucun texte légal n'a encore entériné cette suggestion du Conseil supérieur, et autant vaut qu'il en soit ainsi, car elle s'avère à l'examen plus riche en bonne volonté qu'en valeur exécutoire. Interdire sans discrimination toute installation nouvelle dans un rayon de 20 kilomètres autour de la résidence d'un médecin prisonnier équivaut à faire peser l'interdit sur toute l'étendue d'une grande ville et de sa banlieue et cela à propos d'un seul médecin prisonnier. Dans les régions de population dense 3 ou 4 prisonniers épars réaliseront le même interdit sur des départements entiers. On tombe dans l'absurde et dans l'impraticable.

En réalité, il faut envisager le problème dans son ensemble et ce n'est pas un texte de six lignes, mais une loi en bonne et due forme qui peut valablement résoudre la question.

Distinguons en premier lieu parmi les médecins prisonniers ceux qui, à la mobilisation, étaient installés et ceux qui ne l'étaient pas encore, étudiants ayant ou non terminé leur scolarité.

Pour ceux-ci qui, suivant certaines promesses, devraient être rentrés (mais le sont-ils tous ?) il appartient aux autorités universitaires de prendre les mesures propres à leur faire rattraper le retard qu'ils ont pris sur leurs condisciples. Si certains camps ont pu, nous a-t-on conté, fonder des sortes d'universités, y instituer des cours et des examens qui seraient validés au retour en France, il est peu vraisemblable que pareille chose ait été possible pour les études médicales qui nécessitent des laboratoires, des amphithéâtres et des hôpitaux. Les Conseils de Facultés devraient donc envisager avec attention les solutions exceptionnelles qui s'imposent pour ces situations exceptionnelles.

En ce qui concerne les médecins installés, praticiens de médecine générale pour la plupart, le souci majeur du retour, c'est de retrouver leurs clientèles. Le premier devoir à leur égard est donc de protéger celles-ci. Entreprise épineuse entre toutes puisque des deux textes successifs qui prétendirent y pourvoir, l'un, le décret du 20 mai 1940 s'est révélé plus néfaste qu'utile et a dû être abrogé, l'autre, la loi du 2 avril 1941, est reconnue inopérante. Un certain nombre de prisonniers déjà rentrés qui invoquaient l'un ou l'autre n'ont guère connu que des déboires. Il convient donc, si l'on fait une loi de plus, qu'elle soit efficiente dans ses moyens et appliquée dans son esprit.

En faveur de tous les prisonniers ? Certes, ou du moins de la très grande majorité d'entre eux (en excluant bien entendu ceux qui, en juin 1940, furent prisonniers quelques heures ou quelques jours). Il est juste en particulier que soient bénéficiairesles prisonniers déjà rapatriés et dont les intérêts furent notoirement méconnus : six mois de séjour dans les camps sont un criterium suffisant pour définir le prisonnier et lui ouvrir des droits.

Ces droits sont l'éviction de tout concurrent nouvellement installé dans un périmètre que le Conseil départemental devra déterminer par étude de chaque cas particulier. Cette protection serait à proroger pour une durée de deux ou trois ans après la rentrée du prisonnier afin de laisser à celui-ci le temps de se réadapter à la vie de l'homme libre et au travail professionnel, et qu'il ne fût pas brutalement assailli par un concurrent mieux armé dès le lendemain de son retour.

Si le prisonnier n'a exercé que pendant une courte durée avant la guerre ou si pour toute autre raison, il estime sa clientèle perdue, il peut désirer changer de résidence. Est-il à la veille de passer sa thèse ? Il recherche un poste. Qu'à ceux là soient réservés les postes libérés par les étrangers interdits ou ceux que les Conseils de l'Ordre pourraient envisager de créer dans certaines régions dépourvues de secours médicaux. Il y a ainsi un catalogue à dresser dès maintenant de postes à pourvoir qui seraient offerts avec priorité d'option aux prisonniers libérés.

La question des clientèles particulières étant ainsi tranchée, reste à pourvoir les médecins qui souhaiteraient devenir fonctionnaires. En disposant que toutes les fonctions médicales, soit partielles, soit à temps plein, ne seront désormais et jusqu'à cessation des hostilités pourvues qu'à titre provisoire, il deviendrait possible, une fois les prisonniers rentrés, de les redistribuer en assurant à ceux-ci un dédommagement sous une forme à déterminer : soit priorité systématique, soit, là où est institué un concours, bonification de points.

* * *

A ce sujet, le Docteur Grasset a déjà annoncé formellement son projet de favoriser les prisonniers et, en particulier de leur faciliter la reprise de l'activité professionnelle en leur faisant réserver des fonctions comportant de petits fixes tels que les postes de médecins des prisons, de la S. N. C. F., des P. T. T. ou de l'inspection des écoles. Ce projet fut même le premier que le nouveau Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé communiqua aux représentants de la presse professionnelle lorsqu'il les reçut à son arrivée à Paris.

En praticien qu'il est, il sait bien que si ses confrères prisonniers ne peuvent faire fi de tels appoints, c'est d'abord la sauvegarde de leurs clientèles qui leur importe.

Je souhaite que les lignes ci-dessus, inspirées par de nombreuses cartes reçues des camps d'Allemagne, lui passent sous les yeux et qu'il complète ainsi son programme de solidarité confraternelle.

Du zèle que chacun de nous emploiera à agir à la mesure de ses pouvoirs dépend le sort de quelques centaines de médecins prisonniers, et le sort aussi de leurs familles.

G. Lavalée.

Une Circulaire de la délégation Scapini informe les médecins prisonniers que le Conseil supérieur de l'Ordre leur propose de rédiger des travaux soit originaux, soit d'érudition et de les lui adresser. Quelques prix seront décernés aux plus intéressants de ces travaux.

Divers prisonniers ont accueilli avec humeur cette proposition et ne veulent y voir qu'une dérisoire méconnaissance de leurs possibilités intellectuelles et de leurs impossibilités matérielles.

Il est de fait que le style sèchement administratif de cette Circulaire avait de quoi les heurter.

Je suis en mesure de leur apporter sur cette initiative du Conseil de l'Ordre des éclaircissements qui dissiperont j'espère tout le malentendu.

L'intention est aussi excellente que fut déplorable l'expression probablement due à quelque bureaucrate de la délégation.

Il est essentiel pour nos confrères prisonniers, au bout de deux ans de stagnation intellectuelle, de se reprendre et de s'imposer un entraînement systématique en vue du retour à l'activité. Qu'ils écrivent un travail médical, un roman ou leurs prévisions sur l'Europe d'après guerre, peu importe.

Peu importent les modalités, pourvu que l'essentiel soit atteint et qu'ils soient de nouveau capables de rassembler leurs idées, de les exprimer. Les quatre ans de l'autre guerre avaient fait en nous un ravage qu'il fallut lentement réparer et qui doit servir de leçon cette fois. Assez de temps perdu comme cela !

Les guerres sont longues, mais elles ne sont pas éternelles, et l'on peut tout de même augurer qu'un jour reviendra pour les hommes, la vie sensée, celle qui édifie et relève les ruines.



COMMENT LE PERSONNEL MÉDICAL HOSPITALIER EST-IL NOMMÉ ACTUELLEMENT ?

Certains avis de concours pour des postes de médecine hospitalière de province, publiés récemment, ont causé de l'inquiétude à beaucoup de nos correspondants. Les Directeurs régionaux de la Santé sous l'égide desquels ces concours étaient organisés, faisaient savoir dans tel cas « que ne seraient admis à concourir pour cinq postes de chirurgiens de la région de Bretagne que les candidats ayant accompli trois années d'internat des hôpitaux publics d'une ville de faculté » ; dans tel autre que, s'agissant d'un hôpital « rangé dans la troisième catégorie » constituée par des hôpitaux de moyenne importance, le classement des candidats serait effectué par un jury composé, entre autres, « de quatre médecins ou chirurgiens pris parmi ceux en fonction dans les hôpitaux de la deuxième catégorie.

Les directeurs régionaux de la Santé sont-ils bien compétents pour organiser de tels concours ? Qu'est ce que cette classification inédite des hôpitaux par catégorie ? Que vaut cette nouvelle exigence du titre d'ancien interne pour être admis à concourir ? Autant de questions que nous posent les médecins intéressés.

Avant d'y répondre, plaçons le problème dans son cadre historique.

La loi du 7 août 1851, dans son article 14, disposait que « la *commission administrative nomme... les médecins et chirurgiens...* » En fait, les Commissions administratives procédaient soit par voie de nomination directe sur le vu de titres ou d'épreuves, simples éléments d'appréciation, soit par voie de concours dont les conditions étaient fixées par elles. La jurisprudence du Conseil d'Etat a toujours consacré ces deux modes d'opérer.

Vint le décret-loi du 29 juillet 1939 qui, dans son article 17, confirmait à la commission administrative le droit de nommer le personnel, mais ajoutait que « *les médecins et chirurgiens sont choisis sur une liste d'aptitude établie à la suite d'un concours sur épreuves ou sur titres dans les conditions qui seront fixées par un règlement d'administration publique...* » La loi du 7 août 1851 était abrogée.

Or le règlement d'administration publique annoncé ne fut jamais promulgué. Malgré l'abrogation de la loi de 1851, les nominations de médecins continuèrent donc à se faire comme avant, c'est-à-dire selon les méthodes que les commissions administratives jugèrent le mieux convenir au bien du service... au moins en théorie.

La loi du 15 octobre 1940, créant les directeurs régionaux de la Santé, apporta un élément nouveau en édictant que *nominations et révocations seraient faites sur la proposition du directeur régional.* Cette loi devant s'harmoniser avec la législation existante, il fallait conclure que les nominations de médecins hospitaliers continuaient à être faites par les commissions administratives mais sur la proposition du directeur régional.

Dernière en date, la loi du 21 décembre 1941 est venue déposséder les commissions administratives de leurs pouvoirs ; « *les médecins sont nommés par le préfet, sur la proposition du directeur régional... et choisis sur une liste d'aptitude à la suite d'un concours sur épreuves ou sur titres dans les conditions qui seront fixées par un décret...* » (Ce décret n'a pas encore vu le jour. Aura-t-il le même sort que son prédécesseur ?) Notons que le décret-loi du 29 juillet 1939 est abrogé par cette loi du 21 décembre. Tel est le dernier état des textes.

Faut-il admettre que jusqu'à ce que le décret d'application prévu par la loi du 21 décembre 1941 ait été rendu, les dispositions de cette loi sur la nomination du personnel médical hospitalier doivent rester lettre morte, et lettre morte aussi l'abrogation du décret du 29 juillet 1939 qui y est contenu ? Faut-il dire que ce dernier décret n'étant pratiquement pas entré en vigueur, faute, lui aussi, d'avoir été complété par un texte d'application, c'est la loi de 1851 qui continue à donner à la commission administrative le droit de nomination des médecins ? C'est une thèse, et qui paraît être celle du ministère de la Santé publique, puisque, si nous sommes bien informés, dans des instructions verbales données aux directeurs régionaux, il recommandait à ceux-ci pour procéder au recrutement du corps médical hospitalier, de se faire déléguer les pouvoirs des commissions administratives.

Cette thèse cependant ne nous semble pas fondée. L'abrogation de la loi de 1851 et du décret de 1939 est un fait acquis, qui ne doit recevoir confirmation d'aucun texte ultérieur. Seule demeure la loi du 21 décembre 1941 : « *Les médecins sont nommés par le Préfet...* » Peu importe que ne soit pas encore définitivement mise au point la procédure de nomination : l'autorité qui nomme est formellement désignée.

Mais *nomination par le Préfet* (sur proposition du directeur régional ajoute la loi du 15 octobre 1940) ne *veut pas dire* : *nomination par le directeur régional.* C'est donc au Préfet de fixer, dans chaque département, les conditions dans lesquelles interviendront les nominations, et il peut fort bien, sur ce point, ne pas se conformer à la proposition du directeur. Si le Préfet veut procéder par voie de concours, c'est lui qui doit en élaborer le règlement, valable pour son département seul.

Un directeur régional commet donc un excès de pouvoir quand, pour pourvoir aux postes vacants de chirurgiens des hôpitaux de trois départements de sa région, il organise un concours pour trois départements différents, se substituant ainsi aux Préfets intéressés. C'est ce que le Sou Médical se propose de faire décider par le Conseil de Préfecture.

Commet aussi, selon nous, un excès de pouvoir, le directeur régional qui, dans l'état actuel de la législation, de sa seule initiative, et *sans se couvrir de la ratification préfectorale,* institue un concours pour un poste de chirurgien d'hôpital dit « de troisième catégorie » avec jury composé de chirurgiens d'hôpitaux de catégorie supérieure.

Vainement se prévaudrait-il, comme il l'a fait, « des instructions à lui adressées par le secrétaire d'Etat à la santé au sujet de l'application des dispositions du règlement d'administration publique prévues (*sic*) à l'article 35 de la loi du 21 décembre 1941 ». On voit mal comment des instructions peuvent être valablement données pour l'application d'un texte qui n'a pas encore été promulgué. En réalité, les instructions en question, purement verbales d'ailleurs, consistaient essentiellement en la recommandation expresse de se faire déléguer amiablement leurs pouvoirs de nomination par les commissions administratives. C'est donc abusivement qu'à l'heure actuelle on classe les hôpitaux par catégories pour la nomination de leur personnel médical. Sans doute entrait-il dans les intentions du précédent ministre de la Santé d'intégrer dans la réforme hospitalière en gestation une classification de cette sorte ; mais tout le monde ignore encore si l'actuel ministre reprendra les conceptions de son


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
J. EURY, Docteur en Pharmacie

prédécesseur. Il est hasardeux en conséquence de donner une investiture officielle à des projets encore brumeux et qui sont au surplus critiquables. Les mauvaises langues ne manquent pas en effet de remarquer que les membres du jury de la catégorie supérieure seront tentés de recruter ou de favoriser leurs correspondants.

Reste la dernière question : Peut-on valablement exiger à l'heure actuelle dans un règlement de concours, que les candidats justifient de trois années de fonctions d'interne des hôpitaux d'une ville de faculté ? Une telle prétention n'est-elle pas contraire au grand principe que les emplois publics doivent être accessibles à tous les citoyens, sauf règles spéciales étudiées par un texte législatif formel ? *Sous réserve que l'autorité qui émet cette exigence soit compétente pour fixer les règles du concours* (ce qui n'était pas le cas dans l'espèce que nous avons exposée plus haut) nous répondrons qu'il est impossible de contester la légalité d'une telle condition. Les autorités responsables de la bonne administration des soins dans les hôpitaux sont fondées, dans l'intérêt du service, à demander aux médecins qui aspirent à des fonctions hospitalières les garanties les plus grandes de compétence scientifique et d'expérience pratique ; et à exiger d'eux la production de titres aussi sélectionnés que possible. Une seule réserve : il ne faut pas que, ce faisant, ces autorités puissent être taxées de détournement de pouvoir.

Resterait à savoir si le titre d'ancien interne est le seul critère qui puisse être équitablement retenu et si des équivalences judicieusement déterminées ne pourraient y être adjointes.

Quelle conclusion tirer de cette courte étude ? C'est que le statut actuel des médecins d'hôpitaux est nuageux et qu'il serait souhaitable qu'au plus tôt le règlement d'administration publique prévu dans la loi du 21 décembre 1941 soit promulgué. Il projetterait, notamment sur la question des nominations du corps médical hospitalier, des lumières nécessaires. Il mettrait un terme à des errements fort préjudiciables à l'harmonie des rapports entre médecins et autorités hospitalières ou sanitaires.

Pierre DOURIEZ.

RESPONSABILITÉ MÉDICALE ET AUTORITÉ PATERNELLE

Un jugement rendu par un tribunal étranger pose en principe que le médecin doit, à un enfant atteint de diphtérie, injecter du sérum, fût-ce contre la volonté de ses parents.

Le refus du père d'autoriser l'injection de sérum opposé sans motif sérieux constitue, dit le même jugement, un abus d'autorité.

Le médecin qui se heurte à une telle obstination de la part du père est fondé à recourir à l'aide de l'autorité publique.

Enfin le jugement conclut que le médecin qui, cédant à la pression de la famille, ne pratique pas l'injection de sérum, si cette abstention cause la mort de l'enfant, peut être accusé d'omission coupable.

(*Medicina Espanola*, octobre 1941).

LE MÉDECIN SPÉCIALISÉ EN ANESTHÉSIE

Par le Docteur LAQUERRIÈRE
Electroradiologiste honoraire des Hôpitaux de Paris
Professeur à l'Université de Montréal

Le premier numéro de 1942 du *Concours Médical* contient deux articles sur l'anesthésie. Le premier concerne les dentistes et je ne saurais trop approuver son affirmation que *l'anesthésie générale* doit être réservée au médecin : une anesthésie générale, pour être pratiquée sans danger, comporte comme temps préalable indispensable l'examen du cœur, de la tension artérielle, des poumons ; je ne sache pas que les chirurgiens-dentistes aient été initiés à l'auscultation et cette constatation me paraît suffisante, sans qu'il soit besoin d'insister, pour légitimer cette interdiction.

Dans l'autre article Pierre Douriez, sans émettre une opinion formelle, risque timidement : « D'aucuns ne prétendent-ils pas que l'anesthésie devrait être une véritable spécialité, car elle nécessite des connaissances et une discipline particulières ? ». Si l'auteur paraît disposé à ce qu'on ne permette plus à une simple infirmière de donner l'anesthésie, c'est surtout, semble-t-il, parce que la dichotomie étant désormais interdite, il importe de trouver un moyen de faire participer le médecin traitant aux honoraires chirurgicaux ; mais il ne se prononce pas sur la création de médecins spécialisés en anesthésie.

Il y a là cependant une question très importante au sujet de laquelle je voudrais faire quelques remarques.

Il me semble que l'anesthésie locale doit être pratiquée ou dirigée par le chirurgien : seul il se rend compte de ce qui se passe dans le champ opératoire et c'est à lui seul qu'appartient le soin de décider si des injections supplémentaires sont nécessaires.

L'anesthésie générale par contre comporte des risques plus grands et le plus souvent est utilisée pour des opérations plus compliquées ; l'opérateur ne peut la faire lui-même : il ne peut ni tenir le masque sur le nez du malade, ni surveiller comment le patient réagit. Il est donc forcé de recourir à un tiers.

Il y a lieu de se demander qui doit être chargé de cette besogne ?

Un chirurgien qui opère toujours avec la même substance anesthésique, qui a l'habitude d'examiner lui-même le cœur de son opéré avant de le soumettre à l'action du soporifique et qui garde toute la responsabilité, peut avoir toute confiance dans tel ou tel aide, médecin ou non médecin, qui lui est familier et auquel l'expérience lui a montré qu'il pouvait se fier. Ce même chirurgien peut accepter que cet aide

soit remplacé éventuellement par un omnipraticien, non spécialement entraîné. Tout médecin, à mon avis, doit savoir utiliser les procédés les plus courants et surveiller le sommeil ; il n'a pas cependant la maestria que confère un exercice journalier. L'opérateur, forcé de lui confier le soin d'endormir, sera peut-être inquiet la première fois, mais après quelques essais prendra confiance en son confrère ; néanmoins il regrettera peut-être parfois que cet aide, se livrant seulement de temps à autre à ce travail et par conséquent moins expert, remplace la personne à laquelle il se fie tous les jours.

En tous cas il faut accepter que dans les opérations d'urgence ou dans les petites installations chirurgicales on fasse comme on peut et qu'on y utilise des anesthésistes non médecins ou médecins non spécialisés. Je pense par contre qu'il y aurait tout intérêt à ce qu'il n'en soit pas de même dans les grands centres.

J'ai vécu en Amérique et j'y ai vu travailler les *médecins anesthésistes* de carrière ; je voudrais les présenter au lecteur français.

Je prendrai comme exemple ceux de l'hôpital Notre-Dame de Montréal, hôpital auquel j'appartenais : alors que la pharmacie, ce qui me paraît une grave erreur, était complètement abandonnée à des religieuses ou à des infirmières n'ayant aucun titre à cet emploi, c'était uniquement à des médecins qu'étaient confiées et les recherches biologiques, même les plus simples (comme la recherche de l'albumine dans les urines) et l'anesthésie des opérés.

L'anesthésie forme un « département » autonome avec un chef de service qui est l'égal du chirurgien en chef et quatre assistants. Tous ont des appointements convenables pour leurs âges respectifs. Tous doivent passer la matinée entière à l'hôpital ; pour le reste des vingt-quatre heures l'un d'eux est de garde de façon à ce qu'à n'importe quel moment du jour ou de la nuit il soit à la disposition des chirurgiens.

L'emploi de ces spécialisés présente de multiples avantages :

1° L'opérateur consacre toute son attention à son intervention sans avoir à se préoccuper le moins du monde du degré de la narcose ou de l'état général de celui qu'il opère. En cas d'accident sa responsabilité est entièrement dégagée.

2° L'anesthésiste est un expert capable d'obvier immédiatement à tout incident et la sécurité du malade est pleinement assurée.

3° Pour les cas où l'on a quelque crainte sur la tolérance pour tel ou tel somnifère, une consultation préalable du chirurgien, de l'anesthésiste et au besoin du cardiologue ,du neurologue ou de tout autre spécialiste, permet de choisir après étude et discussion quel est le procédé à utiliser.

4° L'anesthésiste est au courant de toutes les méthodes, il peut employer n'importe laquelle d'entre elles, inhalation, injection, lavement, qui sont connues. J'ai vu le chef anesthésiste de Notre-Dame aller passer plusieurs jours aux Etats-Unis pour étudier un procédé nouveau qui lui était signalé ; je l'ai entendu faire des communications qui apprenaient aux confrères les indications, les avantages, les inconvénients de telle substance nouvelle.

5° Il est ainsi possible de profiter en toute sécurité d'une technique non encore utilisée jusque là et par conséquent de faire bénéficier les malades de tout progrès.

6° L'instruction des étudiants et des jeunes médecins peut, en ce qui concerne l'anesthésie, être faite par une personnalité tout à fait compétente.

Je m'empresse d'ajouter qu'il existe un petit inconvénient... mais d'ordre financier : l'anesthésiste réclame sans cesse des perfectionnements de son outillage, car il veut avoir à sa disposition le matériel nécessaire pour tous les systèmes connus. Je fus très impressionné lorsque pour la première fois je pénétrai dans la pièce qui, à l'étage des salles d'opérations, est réservée à la resserre du matériel anesthésique. J'y vis de multiples charriots portant des systèmes compliqués d'obus à gaz, de bouteilles, de tuyaux, de manomètres, de compteurs de débit, de masques, etc. Seulement il faut reconnaître que les dépenses pécuniaires que nécessite ce luxe d'appareillage est une des conditions du progrès.

J'estime tout à fait souhaitable la création d'un corps de médecins anesthésistes. Durant les années que j'ai passées dans la « Nouvelle France » j'ai personnellement subi trois interventions et j'en ai fait pratiquer plusieurs sur ma femme et ma fille ; je n'ai jamais eu la moindre inquiétude au sujet de l'anesthésie parce que j'étais convaincu qu'elle serait pratiquée par le procédé le plus indiqué, avec le matériel le meilleur, et avec le maximum de compétence.

Mon expérience de ce qui se fait outre Atlantique m'incite donc à préconiser qu'en France tout centre chirurgical important possède un personnel de médecins spécialisés en anesthésie, touchant des honoraires assez importants pour que des individualités de valeur se consacrent entièrement à cette spécialité. Cette innovation est propre à libérer les chirurgiens de toute préoccupation étrangère à l'acte opératoire, à assurer la plus grande sécurité possible aux opérés et à permettre le perfectionnement des méthodes.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Prisonniers

Relève du personnel sanitaire maintenu dans les camps de prisonniers

La direction des prisonniers de guerre communique :

Une étude est actuellement poursuivie en vue de déterminer les conditions dans lesquelles il pourrait être procédé à une relève globale, par échelons, des médecins, pharmaciens, dentistes, étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire, maintenus dans les camps pour assurer le service sanitaire des camps et des hôpitaux de prisonniers.

Afin de permettre une mise à jour exacte et complète des listes du personnel sanitaire susceptible de bénéficier de cette relève, les familles des médecins, pharmaciens, dentistes, étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire, maintenus dans les camps, sont priés de faire parvenir dans le plus bref délai possible :

Pour la zone non occupée : au secrétaire d'Etat à la guerre (direction du Service de santé), Royat (Puy-de-Dôme) ;

Pour la zone occupée : au général délégué à Paris du secrétaire d'Etat à la guerre (Service de santé), 12, rue Saint-Dominique, Paris,

pour chacun de leurs membres se trouvant dans cette situation, une note comportant les renseignements suivants : nom, prénoms, grade, âge, spécialité, situation de famille (marié, veuf, célibataire, nombre et âge des enfants), affectations successives pendant la guerre 1939-1940, blessures, citations, indications du camp ou de l'hôpital de prisonniers, domicile avant la guerre, adresse de la famille.

Aucune autre démarche n'est à faire, ni aucune intervention à solliciter. (*J. O.*, 28 juin 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

COMITÉS MÉDICO-SOCIAUX. — MÉDECINS PHARMACIENS. — MÉDECINS ET LOUAGE DE SERVICES. — NOMBRE DE MÉDECINS INSCRITS AUX TABLEAUX. — CARTE DE GROSSESSE.

La loi codifiant la médecine du travail va, paraît-il, « sortir » à brève échéance. Chose importante, elle poserait l'obligation des Comités médico-sociaux dans toute entreprise occupant plus de 2.500 travailleurs, et instituerait à titre obligatoire pour les moyennes entreprises, un service médico-social interentreprise. En outre, aux médecins inspecteurs généraux déjà nommés, seraient adjoints des médecins inspecteurs régionaux, choisis par des commissions, elles aussi régionales, où l'inspection du travail, l'inspection de la santé et le Comité d'hygiène seraient représentés.

La médecine du travail n'a pas attendu cette loi qui va la consacrer définitivement, pour établir sa doctrine et développer son action, et les industriels prennent de plus en plus conscience de son utilité.

Par ailleurs, on sait que les Comités sociaux déjà en place, auxquels la charte du travail alloue d'importantes ressources prélevées sur les bénéfices des entreprises, se penchent avec une attention croissante sur les problèmes de médecine sociale et sur les moyens de les résoudre dans le cadre corporatif par leurs propres moyens.

Il ne peut être question pour le Corps médical de méconnaître ces besoins, ou de freiner les tendances

nouvelles qui confient ainsi à la médecine la sauvegarde de la santé corporelle et morale des travailleurs.

Mais il nous sera permis de souhaiter qu'on ne disperse pas les efforts pour la réalisation d'une si belle tâche et que les organes corporatifs de la médecine soient consultés en tout premier lieu pour l'élaboration de tout plan d'envergure en ce domaine. Le succès de tant de grands projets requiert en effet la collaboration confiante et entière de l'ensemble de la communauté médicale. Il serait maladroit de ne point y faire appel.

***

L'article 7 du Code de déontologie avait, on s'en souvient, prohibé l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie. La loi du 11 septembre 1941 portant statut de la pharmacie avait rendu légale cette interdiction.

Un certain nombre de praticiens avait donc été mis en demeure de choisir entre l'exercice de l'un ou l'autre de ces arts. D'où difficultés et bouleversement de situations.

Aussi le ministre de la Santé publique vient-il par la Circulaire du 15 juin dernier, de donner pour instructions aux directeurs régionaux de la Santé et aux préfets, de respecter les situations acquises en attendant que cette question soit tranchée définitivement.

***

Les services médicaux peuvent-ils faire l'objet d'un contrat de louage de services ? La jurisprudence et la doctrine ont varié sur ce point, mais une évolution récente se confirme qui mérite d'être connue.

Tant que le critère du contrat de louage de services a été recherché dans la subordination, non seulement administrative et économique, mais encore technique du préposé à l'égard du commettant, il était normal que l'on ne pût faire entrer dans ce cadre la « promesse de services médicaux ». Le médecin doit, en effet, professionnellement et légalement, jouir d'une complète indépendance dans l'exercice de son art, et toute subordination à l'égard d'un tiers non diplômé en ce domaine serait une cause de nullité du contrat. Le médecin pouvait donc bien s'engager moyennant rémunération, à prêter ses services, mais le contrat ainsi formé était *sui generis*, et ne relevait que des principes généraux du droit. (V. not. Cass. av. 3 mars 1926, Cass. av. 17 mars 1937).

Mais la définition du louage de services se transforme peu à peu ; la notion de dépendance se restreint au domaine économique et administratif, et l'homme de l'art peut conserver sa liberté technique. Par un arrêt du 26 juillet 1938, la Cour supérieure faisait application à un médecin de sanatorium des prescriptions du Code du travail.

Tout récemment, la Cour de Dijon, par un arrêt du 25 mars 1942, a reconnu que le contrat *liant un dentiste à une Société de Secours mutuels avait les caractères d'un louage de services dès lors que le praticien était soumis à certaines règles de présence ou de rémunération, sans qu'il importât à cet égard que sa dépendance ne soit point totale et absolue et qu'il conservât sa liberté d'exercice.*

Cette question de qualification a son importance. D'elle dépend en effet l'applicabilité au médecin qui loue ses services de toute la législation sociale et notamment de la loi sur les accidents du travail, les lois sur les Assurances sociales, les congés payés, la réintégration après démobilisation, les indemnités en cas de rupture abusive, etc...

Jusqu'à maintenant, les principes généraux du droit ne permettaient point d'assurer une protection aussi efficace des intérêts du médecin au service d'un tiers.

***

Les Conseils départementaux, dans leur grande majorité, ont envoyé au Conseil supérieur, la liste des médecins inscrits à leur tableau.

D'après les premiers renseignements statistiques qu'on peut en tirer, il ressort que le nombre de médecins praticiens, salariés et fonctionnaires, exerçant actuellement en France, serait approximativement de 27.000.

Dans ce chiffre ne sont pas compris les fonctionnaires relevant directement du pouvoir central (directeurs régionaux, inspecteurs et inspecteurs adjoints de la Santé), soit environ 500 médecins.

Il serait de plus intéressant de connaître la répartition des 27.000 inscrits, entre le tableau A (praticiens) et le tableau B (salariés et fonctionnaires). Mais pour cela, il faut attendre un dépouillement plus complet.

***

Le Commissariat général à la Famille vient de créer en accord avec les différents départements ministériels intéressés, la « Carte de grossesse ».

Ce nouveau titre est destiné à remplacer les nombreux certificats médicaux qu'une femme enceinte est obligée de demander à son médecin traitant pour obtenir les différents avantages ou prestations auxquels son état lui donne droit.

Cette carte n'est délivrée qu'aux femmes reconnues enceintes postérieurement au 31 mai 1942 ; aussi celles dont la grossesse aurait été antérieurement constatée, ne pourraient y prétendre.

La future mère obtiendra cette carte à la Mairie de son domicile sur présentation d'un certificat de grossesse délivré par un médecin ou une sage-femme dont la signature sera bien entendu légalisée.

Aux environs du cinquième mois, la femme doit faire constater à nouveau son état par un praticien ou une sage-femme qui certifie ses constatations sur la carte elle-même. En cas d'interruption de grossesse, la carte perd toute validité.

Au moment de la naissance, les titres d'alimentation du nouveau-né ne seront délivrés que contre remise de la carte de grossesse.

La carte comporte à ses parties supérieure et inférieure, un certain nombre de tickets qui sont détachés à l'occasion de la délivrance des suppléments alimentaires, carte de lait, carte de priorité, carte de layette...

La carte de grossesse sera certainement favorablement accueillie du public, car elle facilitera dans une grande mesure, les nombreuses démarches qu'une future maman est contrainte de faire à l'heure actuelle afin d'obtenir tout ce qui lui est nécessaire tant à elle qu'au bébé. Le Corps médical applaudira également à cette création qui va considérablement alléger le travail administratif des accoucheurs et gynécologues.

Nous sommes heureux de constater que l'idée exprimée par notre éminent collaborateur le Prof. Vignes, dans notre numéro du 22 février dernier, a fait son chemin.



CORRESPONDANCE

1513. — Accident du travail — Tarification — Corps étranger superficiel de l'oeil

Une Compagnie me retourne une note d'honoraires réduisant de 22 fr. 50 à 20 francs la tarification d'extraction de corps étranger superficiel de l'œil, sous prétexte que je ne suis pas spécialiste ! J'ai évidemment refusé.

Je serais heureux d'avoir une réponse écrite du *Sou Médical,* en cas de besoin. Dr S.

Réponse

Le prix de la consultation d'un spécialiste est de 22 fr. 50 (art. 1er). Ce prix comprend pour les oculistes l'extraction d'un corps étranger superficiel de l'œil. Mais pour un omnipraticien, extraction de corps étrangers superficiel de l'œil n'est pas compris dans le prix de la consultation simple comme on peut le voir à l'art. 1er. Donc il convient de se reporter à l'art. 17 où on lit : « Extraction de corps étrangers superficiels visibles et palpables = 20 francs » ce qui est précisément le cas d'un corps étranger superficiel de l'œil puisque, s'il n'était pas visible, il deviendrait profond et, non plus « superficiel » comme celui dont vous parlez.

Dr F. DECOURT.

1131. — Assurances sociales Feuille dentaire pour radiographie d'une dent ?

Ayant fait deux radiographies dentaires à une assurée sociale, j'ai inscrit sur sa feuille maladie ERK3 + K2, comme il est indiqué au tarif des Assurances sociales (no 28, mars 1941, supplément au *Concours médical,* page 21).

Les Assurances sociales en refusent le remboursement pour les motifs suivants :

— se servir d'une feuille dentaire ;

— joindre la radio dentaire.

1o L'emploi des feuilles dentaires est-il obligatoire pour les médecins radiologistes puisque la nomenclature porte ERK3 + K2 ? N'est-il pas réservé aux stomatologistes et aux dentistes pour qui la notation sur feuilles dentaires se fait en coefficients différents ;

2o Un film radiographique (dentaire ou autre) étant la propriété du malade, il ne me semble pas que les Assurances sociales soient en droit d'exiger la présence du film au dossier. Leur contrôle doit-il être effectué par présentation du film à leurs Caisses ou par l'envoi d'un médecin-contrôleur au domicile de l'assuré ?

Dr P.

Réponse

« 1o A. *Je ne vois pas que vous ayez à vous servir d'une « feuille dentaire » pour une radiographie de dent alors que vous êtes radiographe et non dentiste ;*

B. *Il s'agit là d'une intervention de spécialité, auquel cas, pour être remboursée, l'assurée devait demander au préalable sauf urgence, l'acceptation de prise en charge par la Caisse. En cas d'urgence, justification par le spécialiste dans les trois jours de l'intervention (art. 24 du règlement-type d'administration intérieure des Caisses de janvier 1937). Ce que la Caisse appelle « justification » dans votre cas est sans doute la production de la radio ;*

« 2o *Le film radiographique peut être considéré comme la propriété du malade, tout comme l'ordonnance, sans empêcher pour cela, comme dans ce dernier cas, la présentation dudit film à la Caisse pour contrôler.*

Dr F. DECOURT.

3274. — La vaccination antidiphtérique obligatoire

Je reçois à l'instant une lettre de la Directrice de l'établissement d'instruction d'Etat où mes filles sont internes, et je suis avisé que des sanctions disciplinaires très graves viennent d'être prises contre mes enfants parce qu'elles n'ont pas voulu se soumettre, sans que j'en sois avisé, en tant que père de famille et en tant que médecin, à la vaccination antidiphtérique.

Effectivement, sans avertissement, sans avis préalable, des enfants ont été conduites, comme un troupeau, dans un dispensaire, où un médecin quelconque pratiquait en série ladite vaccination. Et le dit médecin a demandé lui-même des sanctions contre les filles d'un de ses confrères qui refusaient de se laisser vacciner.

Il n'est nullement dans mon intention d'ouvrir un débat sur l'utilité ou la nocivité d'une semblable mesure collective. Mais j'avais compris, jusqu'à ce jour, que cette vaccination ne devait être effectuée que par le médecin de famille et qu'il était « permis » à ce dernier, s'il le jugeait utile, de délivrer un certificat médical constatant que l'état de santé de l'enfant ne permettait pas cette vaccination ou était susceptible d'être compromis par elle. Me suis-je trompé ?

Enfin n'étais-je pas en droit d'être prévenu de la date de cette vaccination, afin que je puisse fournir à la directrice de l'établissement en question le certificat permettant à mes filles de ne pas se soumettre à une mesure susceptible, à cause de leur état de santé, de leur causer un véritable préjudice ?

Je serais heureux que vous vouliez bien me donner quelques renseignements à ce sujet.

Dr X.

Réponse

Cette question est réglée par l'art. 6 bis *de la loi du* 15 *février* 1932 *sur l'hygiène, modifié par la loi du* 25 *juin* 1938 : « *La vaccination antidiphtérique par anatoxine est obligatoire au cours de la deuxième ou troisième année de la vie. Les parents ou tuteurs sont tenus personnellement de l'application de ladite mesure dont la justification devra être fournie lors de l'admission dans toute école, garderie, colonie de vacances ou autres collectivités d'enfants. Au cours de la première année de l'application du présent article, tous les enfants de moins de* 14 *ans fréquentant les écoles, s'ils n'ont pas encore été vaccinés contre la diphtérie, seront soumis à cette vaccination* ».

Un décret en date du 24 *août* 1941 *pris en application de la loi du* 24 *novembre* 1940 *est venu déterminer les conditions dans lesquelles seront pratiquées les vaccinations antidiphtériques. En vertu de l'art.* 3 *de ce décret, au vu du fichier de vaccination qui est établi obligatoirement dans chaque commune (fiches sur lesquelles sont portés, outre le nom de l'enfant, les dates des diverses vaccinations auxquelles il a été soumis ainsi que l'adresse de ses parents), le maire établit chaque année en double exemplaire une liste des assujettis aux vaccinations antidiphtériques. Les dates des diverses vaccinations sont mentionnées sur la fiche de chaque sujet, qu'il soit vacciné en séance publique ou par un médecin de son choix.*

Les médecins chargés des vaccinations et des examens médicaux préalables sont désignés par le Préfet sur proposition du Directeur régional à la Famille et à la Santé. Le Préfet arrête pour chaque commune le tableau des dates et lieux où doivent se tenir les séances de vaccination. Ce tableau est porté à la connaissance du public par la voie de la presse et par affiches. Il y est fait mention des obligations qui incombent aux parents et des pénalités sanctionnant l'inobservation de la loi.

Les parents ou tuteurs sont tenus d'envoyer leurs enfants ou pupilles aux séances prescrites. Tout cas d'empêchement par maladie doit être justifié par un certificat médical.

Sont dispensés de se présenter les assujettis qui, ayant été vaccinés par un médecin de leur choix, ont remis à la mairie un certificat délivré par ce médecin, ou ceux qui peuvent justifier d'une contre indication définitive ou temporaire par un certificat médical.

L'admission dans les collectivités d'enfants (écoles, colonies de vacances, établissements publics ou privés d'enseignement) est refusée aux mineurs qui ne peuvent présenter un carnet de vaccination ou des certificats attestant qu'ils se sont conformés aux prescriptions des lois en vigueur sur les vaccinations.

Tel est le régime d'ensemble pour l'avenir. Des dispositions transitoires ont été prévues par les articles 16 et 17 du décret précité. Aux termes de l'art. 16, les parents et tuteurs des mineurs assujettis aux vaccinations obligatoires sont tenus de déclarer, au plus tard dans les trois derniers mois de l'année 1941, à la mairie de la résidence dudit mineur, le lieu de cette résidence. La déclaration fait connaître si l'enfant a été soumis à l'une des vaccinations obligatoires. Dans le cas de l'affirmative, il y est joint un certificat médical. A défaut de production d'un certificat l'enfant sera, suivant son âge, soumis aux vaccinations obligatoires.

D'après l'art. 17, tout directeur d'école publique ou privée adressera dans les trois derniers mois de l'année 1941, à la mairie du siège de l'école, une déclaration faisant connaître les enfants fréquentant l'école qui n'ont pas encore bénéficié des vaccinations obligatoires. Les mineurs qui auront fait l'objet d'une déclaration devront être soumis aux vaccinations obligatoires avant la fin de l'année 1942.

Que conclure de cette réglementation ? C'est qu'en premier lieu, il vous appartenait de déclarer à la mairie si vos enfants avaient déjà été vaccinés ou faisaient l'objet d'une contre-indication.

En second lieu, il est incontestable que le directeur du collège auquel incombait la même déclaration aurait dû demander aux parents si leurs enfants avaient été ou non vaccinés, afin que ces derniers puissent lui donner tous éléments nécessaires pour que sa déclaration soit faite en connaissance de cause.

Il nous semble que vous pourriez, si aucune demande n'a été faite à cet égard, soit à vous-même, soit à vos enfants, protester auprès de la direction du Collège et faire lever les sanctions disciplinaires prises sans doute à la légère en cette matière.

4.122. — L'essence de térébenthine peut-elle être employée comme carburant

Je lis avec beaucoup d'intérêt les diverses rubriques du *Concours* concernant les voitures automobiles. Je vous serais reconnaissant de me dire si l'essence de térébenthine peut être utilisée à la place d'essence, pure ou mélangée, ou s'il faut y ajouter un autre produit. Voiture Simca 5.

Dr C.

Réponse

A la grande rigueur, on peut faire tourner un moteur à essence avec de l'essence de térébenthine, mais cela marche extrêmement mal : les pistons et les soupapes se gomment et le moteur risque d'être mis très rapidement hors de service. L'emploi de ce combustible doit donc être fortement déconseillé.

Henri PETIT.

Gérant : J. MIGNON — Nº d'autorisation : 77   Imp. THIRON & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE N° 30 SAMEDI 1er AOUT 1942

LE

CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

ALLOCUTION, RADIODIFFUSÉE LE 18 JUILLET, du Docteur Raymond GRASSET

Secrétaire d'État à la Santé

Sous la haute autorité du Maréchal, Chef de l'Etat, Monsieur le Président Laval, Chef du Gouvernement, m'a confié la Direction du Département de la Santé.

Le sens de ce choix n'est pas équivoque : c'est au médecin praticien *qu'il a été fait appel parce que les problèmes de la Santé relèvent d'abord de ceux qui ont été formés à l'Art médical et qui l'ont longuement exercé.*

Il est donc naturel que je m'adresse d'abord à mes Confrères, les médecins de France et de l'Empire, et que je rende hommage aux efforts loyaux et désintéressés des Conseils de l'Ordre.

Il m'est apparu toutefois, comme à la plupart d'entre nous, qu'une réorganisation complète de la profession entraînant elle-même une réforme profonde des « us et coutumes » était nécessaire.

Le pays qui souffre a droit qu'à sa détresse le médecin apporte largement le secours cohérent de son expérience scientifique et de sa valeur morale.

Je crois que les médecins peuvent donner à la collectivité nationale un concours plus large, plus efficient, qu'ils ne l'ont fait jusqu'ici.

Je veux en définitive améliorer tout à la fois la condition actuelle de la profession médicale et les services qu'en attendent ceux que guette et afflige la maladie.

Si l'on analyse loyalement les aspirations de la Société dans le domaine du perfectionnement humain, il apparaît que l'effort individuel, silencieux, absolu de chaque médecin pourrait être facilement amplifié, développé et mieux utilisé, dans un cadre d'ensemble.

Pour en arriver là, il faut que sans tarder, les médecins prennent conscience d'eux-mêmes, de ce qu'ils représentent comme capital intellectuel et scientifique et qu'ils mettent ce potentiel à la disposition de la Nation meurtrie.

Il faut que les médecins abandonnent cet individualisme excessif qui rétrécit leur champ d'action et qui amenuise leur fonction sociale.

Regroupés, ils abandonneront la formule périmée de ne s'unir que contre quelque chose ou quelqu'un.

Seule est convenable une besogne hardiment positive.

***

Médecins de France et de l'Empire, c'est à cette tâche noble que je vous convie.

Demain, je vous apporterai l'armature d'une Corporation faite selon les intentions du Maréchal. Elle vous conférera, ainsi qu'aux praticiens de l'Art dentaire, des responsabilités nouvelles et vous intègrera dans l'élite que le régime s'efforce de former.

Si quelque délai est nécessaire, cela tient uniquement aux circonstances, mais la réalisation est certaine et mon engagement formel.

Je mettrai entre vos mains l'outil qui forgera le destin de la médecine rénovée, libérée des formalités tracassières et des buts injustifiés.

Si vous acceptez de penser et d'agir en commun pour le mieux être de tous ceux qui relèvent de votre Art, vous y puiserez de grandes satisfactions.

*Les dispositions nouvelles distingueront l'*Organisation professionnelle *proprement dite, chargée de toutes les attributions corporatives et assumant la défense et la gestion des intérêts de la profession, et l'*Organisation juridictionnelle *qui aura la garde de l'honneur, de la dignité et de la moralité de la profession.*

Les mêmes hommes ne peuvent à la fois gérer des intérêts matériels et juger leurs pairs.

L'Organisation professionnelle sera une émanation directe du Corps des Praticiens, l'Organisation juridictionnelle sera choisie, sur présentation par des conseils qualifiés.

L'ensemble constituera le Conseil national de l'Ordre des médecins. Il reposera sur les bases solides d'une bonne organisation intérieure et se réclamera des principes d'autorité et de prestige.

Issue de ces éléments, la Corporation doit être forte. Elle doit croire *en sa mission. Elle réalisera ses buts dans l'enthousiasme et dans l'élan.*

Les buts ? *Les voici :*

Participer selon un plan concerté, dans une collaboration ouverte, au plein épanouissement technique de toutes les ambitions médico-sociales de la Nation, d'où qu'elles émanent, chacun donnant le meilleur de ses moyens dans l'harmonie d'une organisation professionnelle puissante.

Les moyens ?

Une meilleure place aux jeunes, frémissants d'impatience, chargés des espoirs d'une science passionnément attachée à la découverte des problèmes humains et qui porte au loin le renom de la France.

Une retraite pour ceux qui, ayant largement dispensé leur expérience, prodigué leur art, accepteraient de transmettre le flambeau.

***

La France a besoin, éperdument besoin, du concours solidaire de tous ses fils pour panser ses blessures, refaire un peuple et lui donner une âme.

Parmi eux, le médecin, confident des familles, charitable par nature, social par destination, a un rôle de haute qualité morale, un rôle privilégié à exercer.

Sa profession restera libérale s'il sait, par la dignité d'un grand exemple collectif, l'élever au-dessus des mesquines contingences.

Et sa mission sera magnifiée si elle s'exalte dans un grand sentiment de solidarité nationale.

***

Praticiens de l'Art médical et de l'Art dentaire, méditez mes propos, dégagez-en l'intention et le sens.

Au sein du Gouvernement, je saurai interpréter vos aspirations, traduire votre état d'âme. En retour, vous accorderez largement tout ce qu'en votre nom, je promets au pays :

La médecine de demain apportera à tous les Français ce qu'ont déjà d'autres peuples : le bénéfice , sans entrave ou mesure, du progrès scientifique et des techniques les plus modernes.

La Corporation animera avec ferveur toutes les organisations tendant à l'exploitation d'une vie plus saine et plus heureuse.

J'ai soumis, d'autre part, à l'agrément du Maréchal, une loi sauvegardant les droits légitimes de tous les

membres du Corps médical, retenus encore en Allemagne pour donner leurs soins à nos chers prisonniers.

Si la relève de ces Sanitaires n'atteint pas encore l'ampleur que nous désirons, que leurs familles sachent que nous y employons, avec le Service de Santé militaire, le meilleur de notre sollicitude, et qu'à leur retour la solidarité confraternelle s'efforcera d'atténuer les amertumes d'un long exil.

***

Médecins de France et de l'Empire, j'ai confiance en votre sentiment permanent du devoir.

Votre acte de foi illustrera pour la médecine française, le pathétique appel du Chef du Gouvernement Pierre Laval :

« On ne remonte des abîmes du malheur que par les sentiers du courage ».

Au chevet de la souffrance humaine, le courage c'est d'être toujours plus humain. Soyez intégralement Médecins et Français et vous vous sentirez grands.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Hôpitaux de Paris.** — *Concours de médecin des hôpitaux.* — Sont nommés : MM. les Docteurs J. Lereboullet, Benoist, Even, Poumailloux, Bousser.

Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Sont déclarés admissibles : MM. Lepoivre, Lambert, Bornet, Hennion.

Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Sont nommés : MM. Morax et Offret.

Concours d'électro-radiologiste. — Sont déclarés admissibles : MM. les Docteurs Lefebvre, Humbert, Liquier, Salaun, Monmignaut.

Médicat des hôpitaux psychiatriques. — Ont été reçus : MM. Feuillet, Lafon, Neveu, Fouquet, Bonnafé, Mignot, Deshaies, Jouannais, Bernard, Hecoen, Raucoules, Belfils.

— **L'Hôpital psychiatrique de Cadillac** demande un interne en médecine titulaire de 16 inscriptions. Traitement : douze mille trente deux francs, logé, nourri, blanchi.

— **Institut général psychologique.** — Le Conseil d'administration de l'Institut général psychologique a décidé, dans sa séance du 26 juin 1942, d'attribuer :

Le prix d'Arsonval pour l'année 1941, à M. J. Dumas, chef de service à l'Institut Pasteur.

Le prix d'Arsonval pour l'année 1942, à M. Prévot, chef de service à l'Institut Pasteur, et à M. Rouèche, secrétaire général adjoint du Comité National de l'Enfance.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — M. Monnet, agrégé, chargé de la chaire de chimie générale pharmaceutique et de toxicologie est chargé du cours de pharmacie galénique.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. Coutelon, agrégé pérennisé, est chargé provisoirement des cours de zoologie et parasitologie et nommé professeur sans chaire.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — M. Piéri, agrégé, est chargé de l'enseignement de l'hydrologie thérapeutique.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. Thomas, chef des travaux d'anatomie est chargé du cours d'anatomie médico-chirurgicale. M. Boularan, agrégé, est chargé du cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédique.

La chaire de pharmacodynamie est transformée en chaire de bactériologie.

— **La Ligue française contre le cancer** a tenu, il y a quelques jours, son assemblée annuelle sous la présidence d'honneur du Docteur Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé et la présidence de M. le Professeur Hartmann.

— **Recrutement du personnel médical des Chantiers de la jeunesse.** — Normalement, les emplois de médecins et de pharmaciens, prévus aux tableaux d'effectifs du Commissariat général des Chantiers de la Jeunesse sont confiés à des médecins et pharmaciens du Corps civil de Santé, créé par la loi du 25 août 1940.

Provisoirement, en attendant que puissent être complets les effectifs prévus, le Secrétariat d'Etat à l'Education nationale est autorisé à recruter directement le complément du personnel médical nécessaire. Le personnel ainsi recruté sera soumis aux dispositions légales en vigueur concernant les cadres des chantiers de la Jeunesse. (Décret du 22 *juin* 1942.)

— **Le souvenir du Docteur Lobligeois à l'Hôtel-de-Ville.** — Le mardi 24 juin, le souvenir du Docteur Lobligeois, martyr de la science et qui fut pendant plusieurs années conseiller municipal de Paris, a été célébré à l'Hôtel-de-Ville au cours d'une cérémonie présidée par M. Charles Trochu et à laquelle assistaient de nombreuses personnalités, dont M. Serge Gas, directeur général de l'Assistance publique.

— **Etudiants en médecine et ravitaillement des familles médicales.** — « Médecine et Famille » servirait de liaison pour l'organisation d'un stage de service civique rural pour quelques étudiants en médecine, robustes, appartenant de préférence à des familles médicales. Il est probable que des dispositions officielles permettront aux volontaires du Service civique rural d'obtenir des autorisations de transport de pommes de terre.

Pour tous renseignements, s'adresser au Docteur Louis Leroux, 242 *bis*, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de : Monique Fresnais, fille du Docteur J. Fresnais. (Rouen, 8, rue Jeanne-d'Arc, 29 juin 1942) ; de Henri Defoug, fils du Docteur Defoug (Laon, 2, rue du Père-Marquet, 27 mai 1941) ; Marianne Boulle, fille du Docteur et de la Doctoresse Boulle (Bois-Colombes, 261, avenue d'Argenteuil, 1er juillet 1942) ; Christine Hecquet, fille du Docteur P. Hecquet (Reims, 2, rue de l'Université, 4 juillet 1942) ; Philippe Dumont, fils du Docteur Dumont (Vendôme, 16, rue Mail, 5 juillet 1942) ; de Pierre Fleurent, cinquième enfant du Docteur J.-L. Fleurent et de

Madame, née Bodenreider (Belleville-sur-Saône, 24 juin 1942).

— **Fiançailles**. — On annonce les fiançailles de Mademoiselle Jacqueline TOURNAY, fille du Docteur et de Madame Raymond Tournay, avec M. Pierre Wallois, externe des hôpitaux de Paris, fils du Docteur et de Madame Edmond Wallois, de Boulogne-sur-Mer.

— **Décès**. — Nous apprenons avec regret le décès survenu à la Charité-sur-Loire le 15 juillet dernier, de M. LALEUF, fondateur des Laboratoires Laleuf.

Nous présentons à M. Georges Dugué, docteur en pharmacie son gendre, ainsi qu'à sa famille, nos bien sincères condoléances.

— Nous avons le regret d'annoncer les décès : du Docteur Emile PASCAL, officier de la Légion d'honneur, Croix de guerre (Levallois, 16 juillet 1942) ; de M. Marcellin BOULE, professeur honoraire au Muséum, Directeur de l'Institut de Paléontologie humaine, universellement connu par ses travaux et auteur de nombreux ouvrages parmi lesquels son remarquable traité « Les Hommes fossiles » ; de Madame LOP, née Sabatier, épouse du Docteur P.-A. Lop (Marseille, 7, rue de la République, mai 1942).

Inspection médicale du travail

Le Secrétariat d'Etat au Travail communique :

La loi du 31 octobre 1941 relative à la protection médicale du travail a créé l'Inspection médicale du travail.

Le décret du 4 février 1942 a fixé les conditions de désignation et la rémunération des médecins inspecteurs généraux et des médecins inspecteurs et inspectrices du travail.

Les trois médecins inspecteurs généraux du travail ont été nommés par arrêté du 9 mars 1942 (Docteurs Eck, Gros et Ménétrier).

« Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail, prévus par la loi du 31 octobre 1941, relative « à la protection médicale du travail, sont spécialement désignés pour remplir, en dehors de leur activité professionnelle habituelle, des missions de « caractère temporaire qui peuvent leur être confiées « par le Secrétaire d'Etat au travail ». (Article 8 du décret du 4 février 1942).

« Les médecins inspecteurs et inspectrices du travail sont désignés par arrêté du Secrétaire d'Etat « au Travail, sur présentation des candidats par des « Commissions régionales présidées par le médecin « inspecteur général du travail dans la circonscription duquel se trouve la région, et comprenant en « outre :

« L'inspecteur divisionnaire,

« Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance,

« Un membre de la section d'hygiène industrielle « et de médecine du travail du Comité consultatif « d'hygiène de France, désigné par le Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé ». (Article 9 du décret du 4 février 1942).

Ils sont chargés de mission à la vacation.

Les Docteurs en médecine qui seraient intéressés par cette fonction, sont priés d'adresser d'urgence, leur candidature à M. l'Inspecteur divisionnaire du travail de leur région.







Association nationale professionnelle des médecins électro-radiologistes français

L'Association a tenu une deuxième séance d'information, le dimanche 8 juillet, 60, boulevard de La Tour-Maubourg. De nombreuses questions d'actualité y furent traitées. Relevons entre autres : l'attribution de tickets travailleurs de force aux médecins spécialistes exposés quotidiennement à l'action nocive des rayons de Rœntgen, ainsi qu'à leurs aides qualifiés. L'Association fera connaître aux autorités compétentes, les spécialistes qui exercent l'électro-radiologie dans chaque région. Les attributions de charbon nécessitent l'adoption de mesures identiques. A cet effet, la liste des spécialistes sera communiquée aux Conseils départementaux de l'Ordre. Des suggestions ont été retenues au sujet de la qualification de la spécialité, des trois années nécessaires pour obtenir le diplôme et des dispositions transitoires à appliquer. Enfin, fut à nouveau reprise la question de la limite du contrôle en matière d'Assurances sociales. Des vœux seront transmis au Conseil supérieur de l'Ordre pour la suppression de tous tarifs préférentiels et l'établissement d'un tarif unique. D'autre part, des visites seront faites au ministre de la Santé et au ministre de l'Education nationale.

(*Communiqué*).

La grande famille médicale

Le Docteur B. François, de Fays-Billot (Haute-Marne) nous adresse la lettre suivante que nous publions bien volontiers. Cette offre généreuse d'un médecin à ses confrères éprouvés est de ces gestes qu'on a plaisir à saluer et qui consolent un peu des laideurs quotidiennes :

Il y a certainement dans les villes des régions côtières bombardées et mal ravitaillées, un confrère dont le fils ou la fille auraient besoin, pendant les vacances, d'un séjour à la campagne.

Voulez-vous bien lui faire savoir que ma femme et moi, sommes tout disposés à accueillir gracieusement cet enfant pendant les vacances ; il jouira, ici, de la vie de famille à la campagne et d'une nourriture très suffisante grâce au jardin, aux poules et aux vaches. Nous demandons seulement un enfant catholique et sans maladie, de 7 à 15 ans. Je suis tout à la disposition des parents pour leur donner tous renseignements utiles sur les voies d'accès, le climat, la nourriture, etc.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur

La note suivante émane de la Croix-Rouge allemande qui prie de la diffuser parmi les médecins :

« On recherche un médecin ou vétérinaire français, qui, en 1940, après l'armistice, fit la connaissance du Docteur Dietz, vétérinaire allemand de l'Etat-Major, qui l'aida en lui donnant de l'essence.

Ce médecin ou ce vétérinaire aurait fait des études en Allemagne, serait installé à Paris.

Il est prié de se faire connaître à la Croix-Rouge allemande, 46, rue Kléber, Paris (XVIe). »

PARTIE SCIENTIFIQUE

A PROPOS DE QUELQUES FORMES NOUVELLES D'ŒDÈMES GÉNÉRALISÉS : LES ŒDÈMES PAR CARENCE

Par Georges Boudin,
Médecin assistant à l'hospice de Bicêtre

Les œdèmes généralisés et l'anasarque ont été l'objet de nombreuses discussions diagnostiques et pathogéniques. Widal nous a appris à connaître le rôle de la rétention chlorurée dans les œdèmes des néphrites et l'importance thérapeutique du régime déchloruré. On a plus récemment insisté sur les troubles protidiques dans les œdèmes des néphroses amyloïde et lipoïdique ainsi que dans certains œdèmes d'origine hépatique ; on a voulu en déduire une théorie physiopathologique des œdèmes par transsudation de l'eau des capillaires vers les tissus, à l'occasion d'une modification de la tension osmotique des humeurs due à une hypoprotidémie. On insiste actuellement sur le rôle de certaines carences vitaminiques et d'un déséquilibre alimentaire à l'origine des formes nouvelles d'œdèmes, dits de carence ou de famine, et que l'on pourrait guérir par une thérapeutique appropriée.

***

Une première forme nouvelle d'œdème est décrite chez les jeunes enfants par MM. Robert Debré, Julien Marie, et leurs collaborateurs, sous le nom de SYNDROME NEURO-ŒDÉMATEUX (1). J. Huber (2), Louis Ramond (3), J. Cathala (4) en apportent de nouveaux exemples.

Il s'agit d'enfants de deux à cinq ans qui présentent, dans une première période étalée sur une à quatre semaines, une infection banale avec rhinopharyngite, toux et fièvre à 38 ou 39. Ce qui attire l'attention, ce sont des douleurs d'allure capricieuse, débutant brusquement, devenant très intenses, immobilisant l'enfant et disparaissant en quelques heures pour reparaître les jours suivants ; elles siègent dans la région dorsale, aux mains, aux pieds, au front, dans la région auriculaire simulant une otalgie.

Dans une deuxiéme période surviennent les œdèmes et les paralysies, simultanément ou successivement.

Les œdèmes sont intenses, réalisant un aspect comparable à celui d'une néphrite ; ils ne s'accompagnent d'aucun signe urinaire, en particulier ni d'albuminurie, ni de cylindrurie ; l'urée sanguine est normale ; la tension artérielle et l'examen du cœur sont normaux.

Les paralysies sont d'apparition progressive, touchant particulièrement les muscles du tronc, de la nuque et de la ceinture pelvienne ; elles sont flaques avec diminution ou abolition des réflexes tendineux ; elles ne s'accompagnent que de légers troubles sensitifs, souvent absents ; elles peuvent atteindre certaines paires craniennes, comme le IX et le VII ; elles peuvent avoir une évolution aiguë et entraîner la mort en quelques jours par paralysie respiratoire.

Dans les cas favorables, la rétrocession de tous ces symptômes est rapide, œdèmes et paralysies disparaissent en deux à trois semaines sans laisser de traces. Le liquide céphalo-rachidien reste normal. L'examen électrique révèle une hypoexcitabilité globale. Notons que, dans quelques observations, ce syndrome neurologique dut être recherché, ne paraissant pas évident comme les œdèmes.

Quant à la cause de ce syndrome neuro-œdémateux, Debré et Julien Marie ont pu éliminer une origine poliomyélitique, l'inoculation au singe étant restée négative dans un de leurs cas mortels ; de même, une origine diphtérique n'a jamais été trouvée.

Ce syndrome se rapproche peut-être des polyradiculonévrites, et c'est l'opinion du professeur Cathala, sans cependant qu'on retrouve la dissociation albuminocytologique du liquide céphalo-rachidien. De Sèze le rapproche du béribéri, qui présente lui aussi œdèmes et paralysies ; mais la notion de carence manque dans toutes les observations et les cas favorables guérissent sans administration de vitamine B. L'étiologie de ce syndrome apparaît donc jusqu'à présent indéterminée.

***

Tout aussi curieuses sont certaines observations d'ŒDÈMES PAR CARENCE ALIMENTAIRE, dont Guy Laroche et ses collaborateurs (5) apportent plusieurs cas. Il s'agit ici de miséreux soumis à une alimentation précaire. Les œdèmes se constituent progressivement en dix à douze jours, souvent précédés par une crise diarrhéique qui guérit spontanément en quelques jours.

Il s'agit d'un œdème blanc, mou, prenant le godet, infiltrant les deux jambes, les cuisses, parfois les lombes.

Il peut exister un hydrothorax. Il n'existe aucun signe de défaillance cardiaque, le cœur est normal, la tension artérielle de même ; les urines ne présentent ni albumine, ni sucre, ni cylindres, ni hématies ; le foie est normal, et les épreuves fonctionnelles hépatiques et rénales donnent une réponse normale. L'état général est précaire, on

✦

note un *gros amaigrissement*, qui atteint parfois plus de 30 p. 100 du poids ; on trouve constamment une *anémie* variant de 1.500.000 à 3.500.000 G. R. Ces malades présentent, en outre, avec une grande fréquence, des *manifestations nerveuses du type polynévritique* avec modifications d'un ou plusieurs réflexes tendineux qui sont abolis ou présentent une certaine lenteur, et troubles des réactions électriques.

L'*étude biologique* de cet anasarque si particulier montre une *perturbation du taux des albumines sanguines* ; leur chiffre total est diminué passant de 75 grammes, chiffre normal, à 60, 50 grammes ; la sérine est très diminuée passant de 45 grammes, chiffre normal, à 30, 20 grammes, alors que le taux des globulines reste normal (30 grammes), ou même est augmenté ; si bien que le rapport sérine-globuline, normalement de 1,5, est inversé, s'abaissant au-dessous de l'unité.

Les *lipides sanguins* sont, au contraire, augmentés, modifications en rapport avec les perturbations globales du complexe lipido-protidique.

L'*épreuve de la surcharge chlorurée*, par adjonction de 10 grammes de sel au régime normal, augmente les œdèmes et montre une élimination retardée de NaCl. Le régime déchloruré ne suffit cependant pas à guérir ces œdèmes, et dans deux observations, le régime hypersalé n'empêche pas au début la fonte des œdèmes.

En réalité, *ceux-ci disparaissent en quelques jours par le repos et une alimentation suffisante* ; *une surcharge lactée* de deux litres de lait caillé au régime normal est parfois nécessaire ; l'œdème disparaît en une semaine, il se déclanche une polyurie claire d'urines riches en chlorures pendant trois à quatre jours, en même temps que survient une perte de poids de 3 à 4 kilos ; les perturbations des albumines sanguines disparaissent également ; cette guérison n'est au début qu'apparente, et il suffit de donner un régime hypersalé pour voir le poids augmenter, le volume des urines diminuer, et des œdèmes réapparaître.

Il n'en reste pas moins vrai que l'*origine alimentaire* de ces œdèmes semble indiscutable. Ce ne sont ni des œdèmes cardiaques, ni des œdèmes de néphrite, ni des œdèmes hépatiques. Leurs conditions d'apparition chez des sujets fatigués, en état de déséquilibre alimentaire et de carence est très spécial ; ils s'accompagnent d'un amaigrissement massif, d'anémie, et souvent de troubles digestifs, en particulier de diarrhée au début.

Ils guérissent par le repos, une bonne alimentation dans laquelle une surcharge lactée paraît souvent nécessaire ; ils peuvent même guérir avec le régime lacté intégral, comme si le lait renfermait les éléments manquants dans les carences actuelles.

Ils ont été signalés à toutes les époques de disette, dans les camps de prisonniers et dans la population des grandes villes, chaque fois qu'il y a une insuffisance d'apport alimentaire d'albumine.

— *Représentent-ils une forme particulière de béribéri ?*

Cette opinion a été soutenue, mais on doit remarquer que ces œdèmes de famine ne s'accompagnent pas de troubles cardiaques et qu'ils guérissent sans vitamine B.

On sait que LE BÉRIBÉRI représente le type le plus complet de l'avitaminose B. On l'observe surtout en Extrême-Orient chez des indigènes se nourrissant presqu'exclusivement de riz poli et décortiqué.

Cliniquement, il donne des troubles digestifs avec constipation, ballonnement intestinal, des troubles cardiaques et des troubles polynévritiques.

Les troubles cardiaques caractérisent la forme dite humide du béribéri avec gros cœur et œdèmes généralisés. Paul Véran (de Nantes) (6) en rapporte une belle observation chez une alcoolique. Ces œdèmes guérissent par la thérapeutique vitaminique et non par les tonicardiaques.

Les troubles polynévritiques caractérisent la forme sèche du béribéri. Leur analogie à ceux de la polynévrite alcoolique a fait naître la théorie pathogénique, qui rattache cette dernière à un trouble vitaminique et qui est à l'origine du traitement des polynévrites par l'aneurine.

***

La médecine s'enrichit chaque jour, et voici donc des maladies nouvelles. Le domaine des maladies par carence s'accroît continuellement, et, à côté du béribéri, maladie jusqu'alors exotique, il faut faire une place à ces curieux œdèmes de carence ou de famine. Quant au syndrome neuro-œdémateux, il semble que ce soit une maladie très spéciale d'étiologie encore indéterminée, mais qu'il nous a paru intéressant de juxtaposer dans cette esquisse de quelques formes nouvelles d'œdèmes généralisés.

(1) Robert DEBRÉ, Julien MARIE, P. SERINGE et R. MANDE. *Société de biologie* 125, n° 34, 8 février 1941, p. 121. — Julien MARIE, P. SERINGE et R. MANDE. *Bull. Mem. Soc. Medic. Hôp. Paris*, 14 mars 1941, p. 304, et 16 mai 1941, p. 440.

(2) J. HUBER. *S. M. H. P.*, 1941, p. 314.

(3) Louis RAMOND. *S. M. H. P.*, 1941, p. 315.

(4) J. CATHALA, R. LAPLANE et R. CLER. *S. M. H. P.*, 2 mai 1941, p. 390.

(5) Guy LAROCHE, E. BOMPART et J. TREMOLIÈRES. *S. M. H. P.*, 11 juillet 1941, p. 631 et 14 novembre 1941, p. 777.

(6) Paul VERAN. *Gazette médicale de France*, 1er numéro de décembre 1941.

ÉVOLUTION DU TRAITEMENT DES PYÉLONÉPHRITES GRAVIDIQUES

Par Pierre LABIGNETTE,
Chef de Laboratoire de la Maternité de l'hôpital Boucicaut

Depuis quelque temps déjà, on peut constater une certaine baisse du nombre des pyélonéphrites gravidiques et une réduction très sensible de leur durée. Certes, la diminution des cas constatés tient tout d'abord au nombre moins grand des femmes enceintes, du fait de la séparation des ménages par la guerre et la captivité. Elle tient vraisemblablement aussi au régime des restrictions alimentaires. Dans le régime alimentaire que l'on prescrivait avant la guerre aux femmes atteintes de pyélonéphrites à colibacilles, on supprimait volontiers le lait, les œufs, les poissons, les viandes en sauce, le gibier, choses plus rares actuellement.

Il en résulte que les causes de fermentation intestinale ayant été supprimées plus ou moins par un régime en quelque sorte préventif, il est normal de voir s'améliorer l'état de l'appareil urinaire. Mais il faut surtout considérer que l'application de la sulfamidothérapie a profondément modifié l'évolution et la durée des pyélonéphrites gravidiques. Il est certain que, depuis que les pyélonéphrites sont traitées par les sulfamides, la rapidité d'évolution est plus grande et la rémission survient beaucoup plus rapidement. On ne voit plus, dans les laboratoires des maternités, les services cliniques demander pour la même malade plusieurs examens soit au cours de la grossesse, soit dans les suites de couches. A l'heure actuelle, si on compare les registres de l'un de ces laboratoires, on constate qu'une fois le diagnostic bactériologique de pyélonéphrites à colibacilles établi, il n'y a pas plus d'un seul examen, rarement deux, pour constater la diminution, voire la disparition totale du pus et des colibacilles. Dix ans de pratique dans le même laboratoire de maternité me permettent d'avancer ces constatations. Cela indique donc que le traitement des pyélonéphrites doit tenir compte des nouvelles thérapeutiques, qui ont maintenant quelques années d'existence.

Certes, il n'y a rien de changé en ce qui concerne les conseils donnés auparavant pour le régime alimentaitaire et les recommandations à suivre pour la préservation du froid, en hiver. Quant à la thérapeutique elle-même, il faut, semble-t-il, classer les cas à traiter en deux catégories relevant d'une médication différente : les cas légers dans lesquels l'emploi des sulfamides est presque inutile, les cas moyens et graves dans lesquels l'usage des sulfamides est, au contraire, tout indiqué.

Dans les premiers, on aura recours aux médications classiques plus anciennes bien connues : l'uroformine, le benzoate de soude, les bactériophages, le sérum de porc et certains vaccins pris par voie buccale.

Dans les cas moyens et graves, on se servira sans hésiter des sulfamides en tenant compte des règles pratiques à peu près établies maintenant. L'expérience de ces dernières années montre qu'il faut donner d'emblée des doses assez fortes. Si, on fait une thérapeutique trop réservée, en donnant des doses trop faibles, on obtient, comme l'a rappelé récemment M. Lantuéjoul, à la Société d'Obstétrique, une sulfamido-résistance, qui empêche l'action du médicament, lorsqu'on veut l'utiliser ensuite à des doses plus élevées après l'échec des doses faibles. Les doses à prescrire varient évidemment avec le produit sulfamidé utilisé. Tout au début de l'« ère sulfamidienne », on avait volontiers recours aux corps azoïques ; puis, on s'est servi de corps dérivés du 1162F par adjonction chimique sur le radical sulfamide lui-même.

A l'heure actuelle, on utilise de préférence, semble-t-il, plus facilement les sulfamides thiazoliques du genre 2090RF, jusqu'à ce qu'un nouveau produit connaisse à son tour la faveur.

Quel que soit le sulfamide utilisé, il faut tenir compte des précautions d'usage. Bien qu'en général toléré sans difficulté par le tube digestif, la surveillance des malades doit tendre à éviter les troubles hépatiques, cutanés, nerveux. L'alcalinisation par le bicarbonate de soude est nécessaire au cours du traitement, et une diurèse abondante doit être assurée.

Reste la question de la surveillance humorale, avant et pendant l'administration des sulfamides.

Il est évident qu'on ne doit pas employer cette thérapeutique chez des malades ayant de l'albumine ou du sucre dans les urines, même à l'état de traces. Quand on est obligé de donner de fortes doses de sulfamides à des femmes anémiques et déprimées, il est bon de surveiller l'état du sang en faisant une numération globulaire avec formule leucocytaire. On sait, en effet, que chez certains sujets, l'administration des sulfamides amène une baisse plus ou moins sensible du nombre des hématies et une diminution des polynucléaires. Cette dernière modification pourrait même être, dans certains cas, le début d'états agranulocytaires.

En tenant compte de ces réserves, l'expérience de ces toutes dernières années montre que la sulfamidothérapie est, à l'heure actuelle, la thérapeutique la plus efficace et la plus rapide dans le traitement des pyélonéphrites gravidiques.

CONSIDÉRATIONS SUR UNE VOLUMINEUSE TUMEUR DE KRUKENBERG

Par les Docteurs CHAUVEAU et LÉGER,
de Domfront,
et le Docteur POULAIN

L'intéressante observation, qui fait l'objet de cet article concerne une femme de 40 ans, hospitalisée sur les conseils de l'un d'entre nous en mai dernier.

Elle va nous permettre de revoir avec quelques détails, cette question complexe, encore si discutée des tumeurs, dites de Krukenberg.

Après l'étude générale de cette catégorie spéciale de tumeurs ovariennes, nous exposerons rapidement l'histoire clinique de cette malade pour discuter enfin sur ce qui la rend intéressante.

C'est en 1895 que pour la première fois Friederich Krukenberg, étudiant du point de vue anatomo-pathologique, cinq cas de tumeurs ovariennes, fut frappé de l'identité de leur aspect histologique. Il en publie l'observation l'année suivante dans les « *Archives fur Gyn. de Berlin* », il les considère comme des tumeurs primitives, caractérisées par la présence de

cellules, dont le noyau est rejeté à la périphérie, alors que le protoplasma est surchargé de mucus. Cette morphologie cellulaire spéciale qu'il compare à un « châton de bague » va désormais devenir classique. Il convient dès maintenant de faire remarquer que F. Krukenberg ne s'était point arrêté à l'histoire clinique de ses malades, dont deux cependant présentaient des troubles dyspeptiques certains, mais qu'il présentait seulement ses observations en anatomo-pathologiste.

Quelques années plus tard (1899), et ce fut là l'origine d'une confusion regrettable, un homonyme, Richard Krukenberg, étudiant ces tumeurs, les classe dans la catégorie des endothéliomes, tout en persévérant à en faire des tumeurs primitives. C'est Krause, qui, en 1901, soupçonna le premier l'origine secondaire de ces tumeurs, il en fait des carcinomes, secondaires à des tumeurs digestives et, pour en expliquer le processus d'envahissement, il injecte dans la cavité péritonéale de cobayes, une dilution d'encre de chine : à l'autopsie, des coupes histologiques, faites au niveau de l'ovaire, révèlent la présence de particules de l'encre injectée (les unes intra-cellulaires); il en conclut et d'autres auteurs l'ont suivi sur cette voie, sans doute hâtivement, à l'implantation directe sur la surface ovarienne de cellules cancéreuses, transportées du foyer primitif par la sérosité péritonéale. Nous verrons plus loin les sérieuses réserves, qu'on doit faire à cette hypothèse. Quoiqu'il en soit, à partir de 1904, l'attention des chirurgiens et des histologistes est attirée sur ce sujet, et il s'ensuit de nombreuses publications surtout étrangères qui vont peu à peu jeter la lumière sur ces tumeurs. Parmi elles citons chronologiquement : Lokyert en 1904, Amann, Hofmeier en 1905, Stickel, Engelhorn 1907, Sitzenfrey Schenk 1909, en France la thèse de Leriche 1906, la publication de Lenormant dans la « *Presse Médicale* » du 29 octobre 1910, Hartmann 1910, la thèse de Metzger 1911, celle de Bardy en 1913, Leroux et Guérin 1929 dans la revue « Société anatomique de Paris ». En 1927, la thèse de Mlle Gauthier-Villars apporte une nouvelle mise au point sur l'anatomie pathologique. Enfin tout dernièrement les thèses d'Assailly, Bordeaux 1930, de Rousselin, Lyon 1930, de Vaptzaroff, Bordeaux 1934, ont été consacrées au même sujet.

Étiologie

La thèse de Mlle Gauthier-Villars se base sur une statistique de 365 cas ; à l'heure actuelle, on peut trouver dans la littérature médicale environ 400 cas de tumeurs de Krukenberg, vérifiées histologiquement ; mais il est certain que bien des cas sont passés inaperçus ; l'une des tumeurs étant restée latente, soit qu'aucune intervention n'ait été pratiquée ou simplement que l'examen microscopique n'ait pas été fait. Metzger, qui avait réuni 283 observations de cancers de l'ovaire, constate, chez 219 d'entre elles, l'existence d'un néo-gastrique primitif. Mais les statistiques sur ce sujet sont très variables ; néanmoins toutes s'accordent à reconnaître qu'à de rares exceptions près la métastase ovarienne se produit le plus souvent chez des femmes jeunes avant la ménopause. Mathieu a montré que 5 % seulement des cancéreuses gastriques avaient moins de 30 ans, alors que 17 % des malades atteintes de tumeur de Krukenberg avaient moins de cet âge. D'autre part, Pfannenstiel fait remarquer que l'âge moyen de ces malades est inférieur à l'âge moyen des femmes, présentant un cancer primitif de l'ovaire. De toutes ces considérations, il est logique d'en conclure que l'activité ovarienne favorise la métastase.

Pathogénie

Dans l'ignorance où nous sommes à l'heure actuelle des causes déterminantes du cancer en général et des processus métastatiques, cette étude est forcément réduite à des hypothèses sur les voies d'envahissement de l'ovaire. Nous n'insisterons pas sur la prétendue influence favorisante des traumatismes, ni sur l'hypothèse d'une évolution simultanée de deux cancers évoluant chacun pour son propre compte ; ces deux opinions ne sont guère défendables.

Tour à tour, cinq théories ont essayé d'expliquer ce problème pathogénique, et il faut avouer qu'à l'heure actuelle nous en sommes encore à faire des hypothèses plus ou moins séduisantes.

1° *Théorie de la continuité* : il s'agirait d'un envahissement de proche en proche à la suite d'un carcinome utérin ; on peut alors faire remarquer qu'il ne s'agit plus dans ce cas, d'une véritable tumeur de Krukenberg.

2° *Théorie de la contiguité* : suivant cette hypothèse, par suite de la dilatation gastrique et du brassage intestinal, le carcinome primitif pourrait venir en contact de l'ovaire, surtout en cas de périviscérite. Théorie abandonnée à juste raison, puisque des tumeurs de Krukenberg ont été diagnostiquées et opérées, alors qu'il s'agissait d'un petit carcinome de l'estomac à son début, aucune ptose ne pouvant même être invoquée pour expliquer le moindre contact passager.

3° *Théorie de la voie sanguine* : Bouchat s'en est fait le défenseur en dépit de l'opinion des classiques ; elle a le mérite d'expliquer les tumeurs bilatérales de l'ovaire, succédant à un

néo du sein ou du corps thyroïde. En cas de généralisation rapide, on est bien tenté de l'admettre.

4° *Théorie de la voie lymphatique.* Elle compte de nombreux partisans ; tour à tour Amann, Pfannenstiel, Glockner, Sternberg et Schiller l'ont soutenue. Plus récemment encore, dans la revue « *Surgery-Gynecology and Obstetrics* » en février 1938, Novale et Gray, de Baltimore, examinant 21 cas de tumeurs de Krukenberg, admettent qu'il s'agit d'un envahissement de l'ovaire par voie lymphatique rétrograde, avec atteinte des ganglions lombaires. Cela expliquerait la bilatéralité de l'affection. Pour défendre cette théorie, qui est la voie de propagation naturelle des généralisations néoplasiques, deux arguments ont été mis en évidence : *a*) on a signalé à cet effet que les ganglions tributaires des ovaires et de l'estomac sont parfois seuls envahis ; *b*) Schiller a montré des lésions par embolies du hile ovarien, paraissant postérieures aux lésions mêmes de l'ovaire. Néanmoins une remarque doit être faite : d'après les travaux anatomiques de Poirier et Cunéo, il n'y a que, très rarement, anastomose entre les vaisseaux lymphatiques de l'estomac et de l'ovaire, celle-ci se faisant, si elle existe, par quelques rares filets au niveau du groupe pré-aortique.

5° *Théorie de la voie transpéritonéale directe* : Elle dérive de l'expérience classique de Krause, dont il a déjà été parlé au début de cet article. Reprise par Schlagenhaufer, elle est admise par beaucoup d'auteurs contemporains, en particulier par Mlle Gauthier-Villars et Vaptzaroff. Pour expliquer cette implantation, ces auteurs font remarquer que l'absence de péritoine sur l'ovaire, la déhiscence folliculaire formant une petite plaie, constituent une porte d'entrée toute indiquée pour des cellules néoplasiques en voie de dissémination. De plus la pesanteur et le brassage intestinal favorisent ces greffes qui seraient guidées par le mésentère, d'où la plus grande fréquence des lésions droites. Remarquons que, pour beaucoup d'auteurs, ces métastases ovariennes n'existeraient qu'après un envahissement du Douglas, point le plus déclive de la cavité péritonéale.

Là, cet ensemencement détermine des petits noyaux rapidement englobés dans du tissu fibreux de réaction et, ce n'est que par propagation de proche en proche, qu'on arrive à l'ovaire ; là, d'après Kuscherenko, le pH et la tension superficielle se rapprochant de l'optima de croissance des tissus, l'épithélioma pourrait enfin se greffer. Cette théorie, à vrai dire séduisante est admise par la majorité des auteurs modernes. Nous y ferons cependant deux objections : *a*) comment peut-elle expliquer l'existence de métastases ovariennes, déjà considérables quant au volume, alors qu'il n'existe qu'un petit noyau cancéreux gastrique uniquement muqueux ? *b*) Comment se fait la greffe, puisque les tumeurs de Krukenberg, sont entourées d'une capsule épaisse, sans végétation extérieure ?

Dans le choix de ces théories, il faut, croyons-nous, être éclectique, une seule d'entre elles n'explique pas la totalité des processus de dissémination. Très vraisemblablement la contagion se fait par voie lymphatique ou directe dans la plupart des cas et plus rarement par voie sanguine.

Anatomie pathologique

En dehors du volume très variable d'une malade à une autre, les caractères macroscopiques sont constants et la description, faite à l'origine par Krukenberg, n'a pas à être modifiée. La tumeur ovarienne respecte la forme de l'organe ; elle est de consistance ferme, à surface lisse, parfois légèrement bosselée, blanchâtre, rose ou bleuâtre.

La section montre une coque périphérique rénitente puis des alternances de zones dures avec des cavités kystiques incluses, et enfin des zones molles nécrotiques. Le poids dépasse rarement un kilo, néanmoins dans une observation de Kruger, il atteignit 4 kgr. 550 et dans notre propre observation il dépassait 3 kilos. Libres en général, de toute adhérence, les tumeurs de Krukengerg, sont habituellement bilatérales ; même si macroscopiquement l'autre ovaire paraît sain, elles sont accompagnées d'une ascite plus ou moins importante et de couleur jaune clair.

Caractères histologiques

Trois types différents peuvent se présenter :

a) Tumeur de structure glandulaire caractérisée par la présence de tubes ;

b) Tumeur dépourvue d'image glandulaire avec très nette prédominance du tissu conjonctif. Les cellules tumorales rondes et volumineuses remplies de mucus, refoulant le noyau à la périphérie, sont les cellules appelées par Krukenberg en « châton de bague » ;

c) Tumeur de constitution mixte.

La caractéristique principale de ces cellules est leur fonction mucipare mise en évidence par la coloration au mucicarmin.

(A suivre)

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la fréquence et la gravité de la syphilis cardio-aortique

(M. A. NANTA, de Toulouse. — Présentation par M. GOUGEROT ; 24-3-1942)

M. Nanta a pratiqué depuis cinq ans, dans son service, une révision systématique du cœur et de l'aorte des syphilitiques anciens. Il a noté, comme l'avait fait Willners (de Stockholm) une proportion élevée de lésions cardio-aortiques chez les syphilitiques mal soignés, il y a 20 ou 25 ans. Si la majorité des phénomènes morbides s'est montrée de l'ordre des séquelles ou a consisté en phénomènes transitoires ou curables, d'autres formes ont été assez sévères.

Le tréponème dans le sang

(M. MILIAN ; 31-3-1942)

Il est de croyance courante que la présence du tréponème dans le sang est une rareté, que le tréponème n'est pas un parasite sanguicole. Les recherches de M. Milian lui permettent de penser qu'il n'en est pas ainsi, et que le tréponème est un hôte non exceptionnel du sang, même au-delà de la période secondaire, dans les périodes les plus éloignées du début de l'infection.

L'auteur a recherché le tréponème dans le sang par deux procédés : examen direct, inoculation du sang à la souris. Il a obtenu, dans une proportion encore difficile à préciser, des résultats positifs, chez des syphilitiques à la période secondaire (le tréponème a alors sa forme typique) et aussi tertiaire (forme de granule spirochétogène). Le Bordet-Wassermann de ces malades était positif.

Ces faits montrent que des syphilitiques à Wassermann positif sont susceptibles d'être parfois contagieux à la faveur d'une plaie simple, saignante, même sans lésion syphilitique, et qu'il faut être sévère dans le choix des donneurs de sang pour la transfusion.

Les paraffines de synthèse. Essai clinique

(MM. VILLARET, R. FABRE et P. BARBIER ; 31-3-1942)

Franz Fischer et H. Tropsch, en 1925, ont obtenu, par transformation catalytique du gaz à l'eau, un pétrole de synthèse et par distillation du produit une série d'hydrocarbures paraffiniques, dont la consistance passe de celle de l'huile à celle d'une cire dure.

MM. Villaret, Fabre et Barbier ont étudié ces hydrocarbures comme source éventuelle d'excipients utilisables en thérapeutique externe, pour remplacer l'huile de vaseline, la vaseline, le beurre de cacao, la cire.

Après essais biologiques, suivant les tests de tolérance de Gougerot et Blamoutier (application sur l'épiderme desquamé au papier de verre stérilisé et sur des scarifications allant jusqu'au derme), ils ont fait des essais cliniques chez des malades atteints de dermatoses. Ils n'ont observé, avec les hydrocarbures aliphatiques de synthèse, ni réaction cutanée appréciable, ni réaction au niveau des muqueuses, nasale, buccale, vaginale ou anale. Résultats analogues avec les produits d'oxydation catalytique des hydrocarbures Fischer-Tropsch, avec cette réserve que la muqueuse conjonctivale a réagi à leur application par du larmoiement avec picotement sans érythème.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

A propos du traitement du cancer du col utérin

(Mme Simone LABORDE ; 18-2-1942)

Dans le traitement du cancer du col utérin, la chirurgie conserve encore nombre de partisans, mais plus nombreux encore sont à l'heure actuelle ceux qui donnent la préférence au radium et aux rayons X.

Comme suite à une communication récente de M. Wilmoth, dans laquelle étaient exposés quelques beaux résultats de l'hystérectomie, Mme Simone Laborde présente quelques remarques, tirées de sa longue expérience acquise à l'Institut du cancer. Même en présence des cancers les mieux limités en apparence, en raison des récidives possibles à lointaine échéance au niveau du pelvis ou des ganglions (récidives dont le mécanisme reste assez obscur), elle associe systématiquement la rœntgenthérapie à la curiethérapie utéro-vaginale.

La radio-résistance de l'épithélioma du col est généralement impossible à prévoir. L'examen histologique ne solutionne pas ordinairement le problème. Si les épithéliomas spino-cellulaires sont plus radio-résistants que les baso-cellulaires, en fait, dans l'épithélioma du col, l'aspect histologique varie souvent avec les divers points de la coupe, laissant persister la difficulté d'application des échelles de radiosensibilité. Bien des inconnues demeurent et en dernière analyse force est de revenir au problème social du diagnostic et du traitement *précoces.*

Deux cas de plaies du rectum par projectiles

(M. Maurice CHAMPEAU. — Rapport de M. WELTI ; 25-2-1942)

M. Champeau a eu l'occasion, au cours de la dernière guerre, de traiter secondairement deux cas de plaies du rectum dans lesquels, malgré un traitement chirurgical correct, avec mise à plat des lésions périnéales, des accidents graves de cellulite pelvienne survinrent. Dans l'un et l'autre cas, une dérivation colique établie tardivement permit de sauver la vie des malades. L'anus iliaque, dans les blessures de ce genre, est d'une indication fréquente : il permet d'éviter la surinfection massive qu'apportent les matières s'écoulant à travers la brèche rectale.

Des indications opératoires dans les fibromes utérins

(M. E. DESMAREST ; 25-2-1942)

Sous ce titre, M. Desmarest présente une intéressante étude des hémorragies dans les fibromes utérins, de leur pathogénie et de leur traitement.

Le fibrome, dit-il, n'est pas en lui-même la cause des hémorragies utérines. D'autre part, dans cette affection, l'hémorragie ne constitue que rarement une indication opératoire : son traitement doit être plutôt hormonal.

Une notion nouvelle est née des travaux récents d'hormonologie génitale : les hémorragies utérines du fibrome et peut-être le fibrome lui-même (Ferrier) sont liés à des troubles hormonaux hypophyso-ovariens. Que l'équilibre hypophyso-ovarien, qui commande l'équilibre folliculine-lutéine, soit rompu et l'on verra apparaître un excès de folliculine dans le sang, d'où poussées congestives au niveau des glandes mammaires et de l'utérus. Ces poussées viennent conditionner, du côté de la muqueuse, l'endométrose hypertrophique, et, du côté du muscle, peut-être le développement du fibrome. M. Desmarest appuie volontiers cette hypothèse pathogénique de son autorité.

Si, dès lors, les hémorragies utérines du fibrome

dérivent de troubles hormonaux, le traitement hormonal doit pouvoir les arrêter, du moins nombre d'entre elles, sans recours à la chirurgie. Cette thérapeutique (antélobine, extraits mammaires, lutéine, sels de testostérone) donne en fait, de bons résultats, sans toutefois avoir une action constante.

Quelle est, dans ces conditions, la place du traitement chirurgical, en présence d'hémorragies utérines du fibrome ? Hormis quelques cas pressants, l'opération ne sera guère indiquée que si les hémorragies ne cèdent pas à l'hormonothérapie.

M. Desmarest conclut que le chirurgien ne doit opérer, en dehors de ces cas assez rares et de ceux où il peut soupçonner une dégénérescence néoplasique, que les fibromes augmentant rapidement de volume ou compliqués.

— M. Brocq ne croit pas le traitement hormonal des ménorragies utérines dans les fibromes suffisamment certain, pour que l'on puisse s'en tenir à cette méthode. La question de la formation des fibromes, d'autre part, est loin d'être résolue.

— M. Rouhier estime qu'au cas d'hémorragies massives, renouvelées, mettant la vie de la femme en danger, il serait inadmissible de perdre son temps à essayer un traitement hormonal : l'intervention rapide s'impose alors. Quant aux agents de ce traitement hormonal, les extraits mammaires, à doses assez fortes et assez prolongées, lui ont donné de bien meilleurs résultats que l'antélobine.

— M. Mondor ajoute que la chirurgie des fibromes offre une léthalité très faible actuellement. Dans sa statistique personnelle, sur plus de 700 interventions, il n'a relevé que deux morts. La mortalité opératoire n'est plus celle que les classiques enseignaient il y a vingt ans.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Infarctus pulmonaire à forme péritonéale

MM. Pasteur Vallery-Radot, M. d'Aubigné et R. Wolfromm (6-3-1942)

Un infarctus pulmonaire prit au début de son évolution l'aspect d'une péritonite aiguë, et peu s'en fallut que le chirurgien fît une laparotomie. Mais on constata que la paroi abdominale, fortement contracturée du côté droit, se laissait cependant déprimer, aussi décida-t-on de surseoir à l'intervention. Les signes abdominaux persistèrent le lendemain et le surlendemain, cependant qu'une diminution du murmure vésiculaire s'observait à la base droite. Enfin, survint, quarante-huit heures après le début des accidents, un crachat hémoptoïque, qui permit le diagnostic d'infarctus. Les signes abdominaux disparurent, et les signes d'auscultation de l'infarctus se précisèrent, bientôt suivis d'un épanchement. Au début, trois signes pulmonaires étaient constatés : dyspnée, diminution du murmure vésiculaire à la base droite, immobilité de la coupole diaphragmatique à la radioscopie ; mais ce n'était pas suffisant pour éliminer la péritonite au profit du diagnostic d'affection pleuro-pulmonaire. C'est seulement deux jours après le début des accidents que l'image radiologique put aiguiller vers une lésion pleuro-pulmonaire ; mais il n'était pas encore possible de faire le diagnostic d'infarctus ; il fallut attendre neuf jours plus tard, les résultats donnés par des tomographies.

G. F.



La Presse

Du rôle des surrénales dans certaines maladies, dites néphrites

La maladie, que nous appelons néphrite, écrit le Professeur Jeanneney, n'est parfois que le reflet ou l'aboutissant d'une maladie générale ; et celle-ci, dans quelques cas, se trouve déclenchée par un trouble du type surrénalien. La fréquence actuelle des hypertensions et des troubles rénaux trouvera peut-être son explication dans le surmenage que la civilisation impose aux glandes de l'énergie, que sont la surrénale et la thyroïde.

Ces remarques éclairent le mode d'action de certains médicaments, consacrés par la routine. Ainsi l'efficacité des iodures dans certaines hypertensions tiendrait peut-être autant à l'action de l'iode sur la thyroïde qu'à celle du potassium comme antagoniste du sodium et freinateur de la surrénale. Il y aurait intérêt aussi à utiliser l'extrait anté-hypophysaire, qui provoque une excrétion du chlore et du sodium, probablement par l'intermédiaire d'une hormone régulatrice surrénalienne. Les régimes, relativement pauvres en sodium et en acide ascorbique et riches en vitamine B1 et surtout en potassium, se montrent utiles dans les néphrites. Enfin, la radiothérapie des surrénales, déjà utilisée dans l'hypertension, trouverait peut-être, dans quelques néphrites hydropigènes et hypertensives, une indication intéressante. (*Gaz. méd. de France*, tome 48, nº 24).

Le signe du lacet dans l'hypertension artérielle

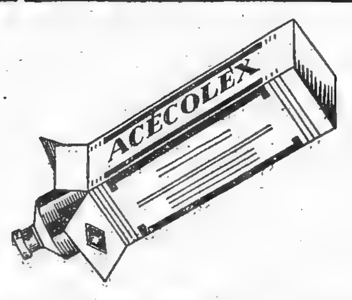
Le Professeur agrégé Levrat (de Lyon) consacre une étude à la valeur pronostique de ce signe, et il estime que, sans pouvoir encore se prononcer sur sa partie diagnostique, on doit reconnaître qu'il est habituellement positif chez les hypertendus. L'appréciation de son intensité, recherchée au moyen de la compression du bras par la manchette manométrique d'un appareil à tension artérielle, permet d'estimer le degré de l'atteinte vasculaire ; elle est, chez l'hypertendu, un élément clinique de valeur pour juger du pronostic. Dans une maladie si fréquente, dont l'évolution est si difficile à prévoir, la recherche du signe du lacet constitue, de par sa simplicité, un procédé qui mérite de rentrer dans la séméiologie courante de l'hypertension et des états vasculaires. (*La Presse médicale*, 20 mai 1942).

La syphilis est-elle toujours à l'origine des anévrysmes de l'aorte

Un ensemble de faits rapportés par le Professeur Bonnard montre la réalité d'ectasies aortiques rhumatismales en dehors de la syphilis, ainsi que leur existence chez l'enfant et chez l'adulte. L'anévrysme rhumatismal est surtout signalé à l'aorte thoracique ; il coexiste habituellement avec des localisations endocardomyocardiques du rhumatisme, ou bien il reste isolé. Les motifs, apportés par les auteurs classiques pour affirmer la nature spécifique de ces anévrysmes, doivent être révisés. En effet, un Bordet-Wassermann positif ne mérite pas une confiance aveugle ; il ne faut pas le considérer isolément, mais l'interpréter dans ses circonstances. Dans les lésions anatomiques, cependant analogues à celles de la syphilis, on ne trouve pas toujours le tréponème. Enfin, les traitements antisyphilitiques sont ordinairement sans valeur sur l'ectasie constituée ; tout au plus, améliorent-ils les signes fonctionnels, la douleur en particulier. (*Gaz. méd. de France*, tome 49, nº 1).

G. F.

ANÉMIE
HÉMOGÉNIE
ANOREXIE
HYPOPEPSIE
GASTRHÉMA
ASTHÉNIE
Méthode de Castle
1 à 3 ampoules buvables par jour
17, Avenue de Villiers
— PARIS-XVIIe —



PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

REFORME SOUHAITABLE DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Le bruit court qu'il est question de réformer l'Ordre des médecins.

Nous allons exposer dans quelle mesure, à *notre avis personnel*, cette réforme est souhaitable.

Avant la guerre, les Syndicats médicaux veillaient aux intérêts et aux devoirs de la profession. Par les Commissions pluripartites et les Conseils de famille, ils réprimaient dans une certaine mesure les fautes professionnelles et les abus.

On aurait pu réformer et modifier leur organisation. On a préféré les supprimer, nous ne savons pour quelles raisons, et doter un Ordre, installé à la hâte, d'un personnel nouveau, parfois peu compétent. Mais il n'y a plus rien à redire à cela, *c'est le passé*.

L'Ordre fut créé et voulut, chose délicate et périlleuse, organiser la profession médicale. Mais pour organiser cette dernière, il faudrait savoir exactement ce que sera l'Etat de demain, l'exercice de la médecine devant s'adapter harmonieusement à sa constitution. *C'est l'œuvre de l'avenir* que nous ne pouvons préjuger.

Reste la *tâche du présent*, tout à fait éphémère, qui doit répondre à des besoins momentanés et qui doit bouleverser le moins possible ce qui existe actuellement. C'est cette tâche que nous voulons exposer ici.

L'Ordre des médecins a deux fonctions, l'organisation de la profession, que nous qualifierons de *fonction administrative*, et en outre, une fonction disciplinaire que nous appellerons fonction *juridictionnelle*. Or ces deux fonctions très différentes ne doivent pas se confondre, surtout dans les Conseils départementaux. Elles gagneraient à être nettement séparées sans pourtant porter atteinte à l'unité et à l'autorité de l'Ordre.

Nous concevrions des *chambres de discipline régionales*, émanant de l'Ordre, composées des présidents ou des délégués des Conseils départementaux, agréés par le Gouvernement, du doyen de la Faculté ou du directeur de l'Ecole de plein exercice de la région et d'un magistrat.

La chambre serait *régionale* parce qu'elle offrirait beaucoup plus de garantie d'impartialité que le Conseil départemental qui peut se laisser influencer par des relations locales. Elle serait composée en grande majorité de *présidents* ou de *délégués des Conseils départementaux, agréés par le Gouvernement.* L'élection, désirable pour les Conseils administratifs, a toujours donné de mauvais résultats dans l'administration de la justice. Un *membre de l'enseignement* nous paraît devoir être adjoint à la Chambre. La présence d'un *magistrat* est souhaitable. Le magistrat qui ne serait pas président, ne dirigerait pas les débats, n'aurait pas voix prépondérante, mais pourrait intervenir utilement et donner des conseils judicieux en ce qui concerne la procédure à suivre et le respect des formalités juridiques qui ont leur raison d'être.

On aurait pu attacher au Conseil disciplinaire un *commissaire du Gouvernement*, qui aurait rempli le rôle du ministère public ; il eût évité l'intervention directe des Préfets et des tiers mais ce ne serait pas un rouage essentiel de l'institution.

Au-dessus des chambres régionales de discipline serait un tribunal d'appel, la *Chambre nationale de discipline*. Elle pourrait être composée d'une forte majorité de membres du Conseil supérieur de l'Ordre, auxquels on adjoindrait, un ou deux *membres de l'Académie de médecine, médecins, un magistrat de la Cour de cassation ou du Conseil d'Etat.*

Le Président du Conseil supérieur de l'Ordre présiderait.

Les justiciables auraient la faculté de se pourvoir en Cassation ou en Conseil d'Etat en cas d'irrégularités ou de violations des lois.

Les *commissions pluripartites* telles que celles prévues pour l'application de l'article 64 de la loi des pensions, seraient supprimées, ou tout au moins leur rôle serait réduit à un contrôle financier, avec la faculté d'adresser une plainte à la Chambre régionale de discipline en cas de faute professionnelle, ou en cas de délit au procureur pour porter l'affaire devant la juridiction de droit commun.

On ne verrait plus, ce qui existe actuellement, une Commission où les médecins sont en une choquante minorité, restreindre ou supprimer le droit d'exercer à un médecin à l'insu de l'Ordre, ce qui est humiliant pour ce dernier.

Cette réforme nous paraît souhaitable. Elle ne diminue en rien l'autorité de l'Ordre. Si elle n'est pas parfaite (qu'y a-t-il de parfait ici-bas !), elle présente de nombreux avantages.

En tous cas, comme nous l'avons fait remarquer au début de cet article, elle n'aurait, comme tout ce qui concerne l'organisation de la médecine à l'heure actuelle, qu'un caractère provisoire et momentané.

J. NOIR.

LA RÉFORME DE L'ORDRE

Pour ou contre la dualité des organes corporatifs

A la suite des échos que nous avons consacrés à la réforme de l'Ordre, nous avons reçu d'une personnalité particulièrement qualifiée pour juger du fonctionnement actuel de cette institution et pour en connaître défauts et qualités, l'article que nous publions ci-dessous ; la charge qu'elle occupe nous interdit de dévoiler plus clairement son identité. Nous sommes heureux que s'ouvre ainsi publiquement dans nos colonnes une controverse sur cette importante question de l'unité ou de la dualité dont aujourd'hui on traite officieusement un peu partout.

Les projets de refonte de la loi du 7 octobre 1940 instituant l'Ordre des médecins que l'on prête au nouveau ministre de la Santé ont déjà fait couler beaucoup d'encre et de salive.

Bien qu'on ne sache pas exactement quels sont ces projets, tous les renseignements que l'on possède concordent pour attribuer au Ministre l'intention de créer, à côté de l'Ordre qui conserverait son rôle disciplinaire, des organes corporatifs qui seraient plus spécialement chargés de la défense des intérêts corporatifs et seraient en quelque sorte et sous un autre nom la résurrection des Syndicats médicaux dissous.

Votre journal a écrit dans son numéro du 28 juin 1942, que la distinction des organes corporatifs et des organes disciplinaires constituait une « réforme nécessaire ».

Revenant sur le même sujet dans votre numéro du 10 juillet, vous affirmez à nouveau qu'une séparation des pouvoirs de défense corporative et de juridiction vous paraît « très désirable ». Mais vous ajoutez, il est vrai, à votre affirmation, un correctif fort important, c'est que cette séparation ait lieu à l'intérieur de l'Ordre lui-même. Vous ajoutez, d'autre part, qu' « entre autres avantages, la différenciation des organes permet de recourir à l'élection pour la Chambre corporative et de restreindre la nomination au choix des juges, domaine où ce mode est parfaitement justifié ».

Voulez-vous me permettre d'exposer une opinion tout à fait différente et qui répond à celle exprimée par les Conseils départementaux de l'Ordre de la Région parisienne.

***

Aujourd'hui, grâce à la loi du 7 octobre 1940, le Corps médical est comme le charbonnier maître chez lui, sans adjonction de magistrats, ni d'éléments étrangers à la profession. L'institution de l'Ordre lui permet à la fois de défendre ses intérêts corporatifs et de faire la police de la profession.

Un Conseil départemental possède à la fois le pouvoir de défense corporative et le pouvoir de juridiction. Et il use largement de l'un et de l'autre, le plus souvent avec succès, tout au moins dans la région que je connais. Des confrères commettent-ils des infractions aux lois sociales, transgressent-ils les règles du Code de déontologie ou contractent-ils avec des Sociétés mutuelles ou autres sur des bases inadmissibles, contraires aux principes de la Charte médicale, et en dehors de l'avis du Conseil départemental ? Aussitôt ce dernier défère les dits confrères devant sa juridiction disciplinaire et les oblige à reprendre le droit chemin. Tout est simple, rapide... et efficace.

Supposons maintenant que la loi du 7 octobre 1940 soit modifiée dans le sens projeté. Que se passera-t-il ?

La Chambre corporative départementale — l'ex-syndicat reconstitué — constatera, comme le fait aujourd'hui le Conseil départemental de l'Ordre, les infractions aux lois sociales, au Code de déontologie, s'appliquera à contrecarrer les initiatives des médecins qui, en marge de la loi et des conventions, veulent se mettre au service des Mutuelles ou des Corporations en dehors des règles professionnelles. Mais la Chambre corporative ne pourra pas aller plus loin. Elle ne disposera plus du glaive de la justice pour faire rentrer rapidement dans le droit chemin les confrères qui s'en sont éloignés. Elle devra déférer les confrères défaillants devant une Chambre disciplinaire régionale, nommée par le Gouvernement, présidée par un magistrat et où siégera un « Commissaire du Gouvernement chargé de requérir au nom de l'ordre public ». Tout cela sera compliqué, long... et j'ose ajouter peu efficace.

Qui pourrait nous affirmer en effet qu'il n'y aura pas divergence de vues entre la Chambre corporative départementale, élue par les médecins, mais ne disposant d'aucune sanction, et la Chambre disciplinaire régionale nommée par le Gouvernement détenant effectivement le pouvoir ? Cette dernière Chambre, étant donnée sa composition, ne sera-t-elle pas tentée de considérer comme normal, régulier et même louable, le fait pour des médecins de se mettre au service des Mutuelles, de tourner la loi des Assurances sociales et de fouler aux pieds les principes d'une Charte médicale que les pouvoirs publics n'ont jamais acceptée de bonne grâce !

Les deux organismes ne risquent-ils pas d'avoir des points de vue différents sur la médecine sociale et de devenir les champions de deux conceptions opposées. la conception étatique pour les uns, la conception corporative et traditionnelle pour les autres ? Et comme la conception étatique sera représentée par la Chambre disciplinaire régionale qui détient réellement le pouvoir, je vous laisse le soin de conclure.

De plus, il y a lieu de penser que nos adversaires, déjà très au courant de nos divisions intérieures, n'hésiteront pas à jouer de cette dualité d'organismes à tendances divergentes pour se servir de l'une contre l'autre. Dans nos luttes professionnelles, à l'unité de front et de commandement qui existe aujourd'hui, on verra se substituer une dualité d'attributions génératrice non seulement de lenteurs administratives, de disputes, de désunion, mais aussi et surtout d'impuissance.

Le *Concours médical*, il y a quelques années, avait déjà signalé tous ces écueils lorsqu'il s'agissait de créer l'Ordre des médecins à côté des Syndicats. Le danger n'est pas moindre aujourd'hui qu'il y a trois ou quatre ans.

En défendant l'Ordre des médecins, tel qu'il existe aujourd'hui, je ne prétends certes pas que tout soit pour le mieux dans le meilleur des mondes. Il y a eu des erreurs, des incompréhensions, une tendance à ne

pas renseigner le Corps médical, à ne pas le consulter et à le tenir en tutelle. Mais les reproches qu'on a pu faire à certains Conseils de l'Ordre et plus particulièrement au Conseil supérieur, tiennent surtout au fait que l'élection des Conseils prévue par la loi a été constamment différée et que les nominations n'ont pas toutes été heureuses.

Ils ne s'adressent pas à l'institution elle-même qui, encore une fois, donne en gros satisfaction au Corps médical et est entre nos mains une arme excellente qu'il ne faut pas laisser briser, ni même émousser.

Qu'on augmente le nombre des membres des Conseils supérieurs et des Conseils départementaux surchargés de besogne, ainsi que le demandent certains Conseils départementaux, qu'on n'oblige pas les membres des Conseils de l'Ordre, déjà accablés de travail, à siéger tous ensemble dans les affaires disciplinaires qui en combrent les rôles, qu'on procède à des élections tout au moins partielles, soit, mais qu'on se contente de ces améliorations de détail qui sont en effet souhaitables et qu'on ne bouleverse pas une institution qui a déjà fait ses preuves et les fera de plus en plus.

***

***

Désireux avant tout de permettre à l'opinion de se créer et de préparer une synthèse qu'il appartiendra aux textes législatifs d'élaborer, nous avons tenu à développer ici les arguments qui militent en faveur de la dualité, dont nous nous sommes déjà déclarés partisans.

Répondons dès l'abord à une objection « ad personam ». Le « Concours Médical » *ne serait point fidèle à sa propre doctrine, lui qui, il y a quelques années, avait signalé tous les dangers de l'existence simultanée de l'Ordre et des Syndicats. Répétons donc ce qu'une plume plus autorisée que la nôtre écrit dans ce même numéro : il eut été possible d'économiser une institution nouvelle en faisant du Syndicat la Corporation ; ses conseils de famille eussent alors joué le rôle de l'Ordre. On a préféré faire du « neuf » ; ne revenons pas sur le passé ; mais il est naturel qu'à* l'intérieur de l'Ordre, *comme à l'intérieur des Syndicats, la dualité se recrée. Nous ne voyons point là d'abandon doctrinal.*

Nous sommes et restons persuadés que la constitution de deux organismes séparés, ayant chacun leur vie et leurs conceptions propres, fatalement appelés à s'opposer l'un l'autre, serait une monstrueuse erreur.

Mais au sein même d'une Corporation, lieu commun où se reconstitue l'unité, il est normal qu'existent différenciation des fonctions et séparation des organes. La tâche d'administrer ne requiert pas de celui qui l'exerce les mêmes qualités que celle de juger. Si l'on peut confier la première aux « jeunes », il est préférable, par contre, que la seconde revienne aux « anciens ». Chacun y gagnera, l'administrateur en temps, le juge en dignité. Il n'est point séant d'être à la fois gardien de l'honneur de la médecine et répartiteur de butane et de vélomoteurs.

Remarquons d'ailleurs que cette différenciation, véritable nécessité biologique, est tellement dans la nature des choses que l'Etat lui-même l'a depuis longtemps adoptée. La voix la plus haute de notre pays n'a-t-elle point rappelé, il y a quelque temps déjà, que la séparation des pouvoirs restait un des principes coutumiers de notre droit constitutionnel ? Et si notre regard s'abaisse et fait le tour des corporations proches de la médecine, ne voit-il point de tous côtés cette dualité, cette pluralité, objets de tant de craintes, adoptées par la pharmacie, les architectes, les vétérinaires et tant d'autres encore ?

C'est qu'en dehors même d'une meilleure utilisation des compétences, d'un meilleur « rendement » de l'organe corporatif, il est en faveur de la séparation bien d'autres arguments. La règle professionnelle peut en son domaine être comparée à la loi. Ce serait amener une regrettable confusion que de confier au même organe le soin de la formuler et de l'appliquer. La règle y perdrait en effet, deux de ses caractères essentiels : la permanence et l'impersonnalité, et ces deux caractères sont aussi deux garanties de bonne justice pour ceux qui en dépendent. Il ne faut point que le législateur s'inspire de cas particuliers ; il est dangereux que le juge rende des arrêts de règlement. Est-il bien sûr que les Conseils départementaux ou le Conseil supérieur aient toujours évité ces deux écueils ?

Ceci posé, la séparation des pouvoirs nous conduit-elle sans remèdes à la division, avec son cortège peu séduisant d'impuissance et d'asservissement, que l'unicité nous eût permis d'écarter ? Nous ne le pensons pas.

Il n'est point tout à fait exact que sous l'empire de la loi du 7 octobre, l'Ordre ait été maître chez lui. Il suffit pour s'en convaincre de relire par exemple le cahier de desiderata des Conseils départementaux, présenté par le Conseil de la Gironde.

Cette liberté, qui semble ressortir du texte légal, n'était qu'une apparence trompeuse que la réalité s'est rapidement chargée de démentir. En dehors de l'Ordre, mais plus sûrement encore, les lois dressaient digues et barrières réduisant à fort peu de chose son domaine propre, et les Directeurs régionaux prenaient à cet égard plus de pouvoirs que le plus ombrageux des commissaires du Gouvernement. Même en son domaine, l'Ordre perdait peu à peu ses espoirs de maîtrise. Celle du tableau lui échappait la première ; le Code de déontologie menace de se transformer en règlement administratif, le Conseil d'Etat, le tuteur suprême, contrôle la légalité des règlements et des décisions. Enfin la nomination ne reste-t-elle pas avant tout la marque de la dépendance ?

On ne voit point comment, tenu et bridé de tous côtés, l'Ordre eût pu réellement mener une politique personnelle, et de fait il serait difficile de soutenir qu'il l'a menée.

Les choses vont-elles s'aggraver encore avec la création de chambres corporatives départementales élues, et de chambres disciplinaires régionales nommées ? Le danger majeur en ce domaine est la divergence sur le plan de la discipline corporative entre les deux chambres, l'une voyant avant tout la défense des intérêts, l'autre la défense du malade et des collectivités qui le prennent en charge.

Remarquons avant toute chose, qu'une telle opposition, si elle se produisait, ne pourrait être durable, car une corporation ne peut agir à l'encontre du bien commun.

Mais nous ne pensons point que ces divergences puissent naître. Une première raison doit en être trouvée dans la composition des chambres de discipline. Nous croyons savoir, en effet, que les membres du Conseil régional et de la Chambre spéciale du Conseil national seraient choisis par le Ministre **sur proposition des Conseils départementaux ou du Conseil national,** *de telle sorte que l'organe disciplinaire comme l'organe corporatif constituerait bien une émanation du Corps médical. La présence d'un magistrat ne saurait détruire cette harmonie dès lors qu'il n'aurait point de prépondérance sur l'élément médical.*

En second lieu, de quoi serait donc chargé l'organe disciplinaire ? De faire les lois de la profession à sa guise, sans tenir compte de la Chambre corporative ? En aucune manière. La séparation des fonctions s'y oppose. La règle est établie par l'organe corporatif, les grands principes étant posés par le Conseil national et les appli-

cations locales par le Conseil départemental, sous le contrôle tutélaire du Conseil d'Etat. Cette règle une fois posée, il appartiendra aux Conseils régionaux de l'appliquer purement et simplement aux cas particuliers en s'inspirant uniquement des circonstances de faits propres à chaque espèce. La règle s'imposera à tous dès lors qu'elle sera légale. Il n'en va pas autrement aujourd'hui.

Elevant le débat, nous dirons en conclusion, que nous ne croyons pas aux bienfaits de l'unicité, qu'il ne faut pas confondre avec l'unité. La loi du 7 octobre 1940 a cru qu'il suffisait d'un décret d'autorité pour la faire naître. Elle n'a mis sur pied qu'une façade ; au lieu de séparer les organes, de diviser les fonctions, elle a divisé l'Ordre en opposant Conseils départementaux et Conseil supérieur, elle a séparé le Corps médical de sa corporation. La vie d'un être est une synthèse perpétuellement renouvelée entre éléments contradictoires, et la communauté médicale ne saurait échapper à cette règle. Nous avons vu qu'elle possède âme et corps. Il ne faut point sous peine de troubles graves dont l'âme souffrirait la première, oublier les besoins matériels de ce corps qui doit avoir ses organes. Mais l'unité de l'être ne sera point menacée dès lors que l'âme de l'Ordre animera tous ses membres.

Jean MIGNON.

CHRONIQUE AUTOMOBILE

L'ALIMENTATION A L'ALCOOL DES VÉLOMOTEURS

Par M. Henri PETIT,
Ancien élève de l'Ecole polytechnique,
Rédacteur en chef de *La Technique automobile*

Les vélomoteurs dont le nom officiel est : « bicyclette à moteur auxiliaire » (B. M. A.) et qui sont, en réalité, de petites motos, sont à l'heure actuelle les véhicules automobiles les plus économiques. Pour cette raison, ils sont très recherchés — et d'autant plus difficiles à trouver qu'on en construit actuellement fort peu. Bien que le vélomoteur ait une consommation très faible, encore faut-il lui fournir du carburant. Normalement, il consomme de l'essence. Mais est-il possible de le faire marcher à l'alcool ? Cette question nous a été souvent posée. Nous n'avions pu jusqu'à maintenant y répondre avec une précision suffisante, faute de documentation. Ayant eu la possibilité d'utiliser pendant quelques mois un vélomoteur et de l'adapter pour la marche à l'alcool, nous pouvons aujourd'hui indiquer à nos lecteurs, la marche à suivre.

Trois problèmes à résoudre pour l'adaptation du vélomoteur à l'alcool :

1° Mise en route à froid ;
2° Marche normale ;
3° Graissage.

Examinons successivement ces trois points.

1° Mise en route

Un premier montage avait été fait, qui comportait un petit réservoir auxiliaire d'environ 1/4 de litre, contenant de l'essence. Au moyen d'un robinet à trois voies (ou plus simplement avec deux robinets ordinaires), on pouvait alimenter la cuve du carburateur, soit avec l'alcool du réservoir principal, soit avec l'essence du réservoir auxiliaire. Quand la cuve était pleine d'essence, la mise en route s'obtenait avec la plus grande facilité et on pouvait, immédiatement après les premières explosions, passer à l'alcool.

Devant cette facilité, nous eûmes l'idée de monter, en aval du carburateur, sur la très courte tuyauterie qui le réunit au moteur, un robinet à axe vertical que nous avons terminé par une petite coupelle en forme d'entonnoir, pouvant contenir environ un centimètre cube. Pour mettre en route, il suffit de remplir la coupelle avec de l'essence ou même de la benzine, d'ouvrir le robinet et d'actionner le kick-starter. Au préalable, on a placé le volet d'étranglement du carburateur dans la position de fermeture. Le moteur démarre parfaitement bien dans ces conditions, si bien que nous avons définitivement supprimé le réservoir auxiliaire. Quand le moteur a démarré, on ferme le robinet et tout est dit.

Après un arrêt même prolongé, on peut très généralement repartir directement sur l'alcool en fermant simplement le volet du carburateur. Si l'on n'y arrive pas, on utilise de nouveau quelques gouttes de benzine.

2° Marche courante

Il importe, pour la marche normale, d'apporter quelques modifications au réglage du carburateur et au point d'allumage. Il convient d'augmenter légèrement le diamètre du gicleur : dans les carburateurs non automatiques, cette correction peut se faire par la manette. Il est également avantageux de disposer à l'entrée de la buse un petit écran en tôle mince, percé d'un trou central dont le diamètre est de quelques millimètres inférieur à celui de la buse : on augmente ainsi la dépression et on crée dans le carburateur des tourbillonnements qui sont favorables à la vaporisation de l'alcool.

Pour diminuer le refroidissement du cylindre, on a placé un écran sur le tube qui remonte vers la direction. Cet écran est formé par une plaque de tôle d'environ 20 centimètres de haut sur 20 centimètres de large. Il est disposé en avant du cylindre et le met ainsi à l'abri du courant d'air trop violent.

Enfin, on gagne à augmenter l'avance à l'allumage, ce qui se fait en décalant le volant sur son arbre d'un angle convenable. A titre d'indication, l'avance primitive sur le moteur que nous utilisons était de 2 mm. 5. Nous l'avons portée à 3 mm. 5.

Le volant du moteur n'est pas claveté sur son arbre et est simplement monté sur un cône d'angle d'ailleurs très faible. On arrive néanmoins assez aisément à le décoller. On peut d'ailleurs avoir recours pour cela à un mécanicien.

3° Graissage

On sait que le moteur deux temps trois lumières est graissé généralement au moyen d'huile qu'on mélange à l'essence. Or, l'huile minérale n'est pas soluble dans l'alcool. On peut remplacer l'huile minérale par de l'huile végétale (ricin, arachide, voire huile d'olive) procédé qui fera naturellement bondir les maîtresses de maison. Ne disposant pas d'huile végétale, on a modifié complètement le graissage.

Un petit réservoir d'huile a été monté en arrière du moteur sur le garde-chaîne, à peu près au niveau du carburateur. Du fond de ce réservoir part un tuyau de 4 millimètres intérieur qui débouche d'autre part en aval du carburateur, sur la tuyauterie d'admission.

Sur le raccord placé sur cette tuyauterie, on a disposé un gicleur d'environ un millimètre de diamètre.

Si l'on se bornait à cette modification, le moteur consommerait beaucoup trop d'huile surtout à vide. Il faut donc freiner le débit de l'huile. Pour cela, sur le tuyau conduisant l'huile au moteur, on a branché un deuxième tuyau dont l'autre extrémité pénètre dans la prise d'air du carburateur. Une vis pointeau

permet de faire varier l'ouverture du passage de l'air. Grâce à ce dispositif, il se forme une émulsion d'air et d'huile, et en agissant sur la vis pointeau, on arrive, par tâtonnement, à un réglagle convenable.

La notice du vélomoteur Peugeot qui a servi à ces essais, conseille de mélanger à l'essence 3 % d'huile. Nous avons réglé la consommation à 5 % de la consommation d'alcool, au moins pendant la période de rodage. Le graissage paraît fonctionner très correctement.

Pour toutes les recherches, essais et installation dont nous venons de parler, nous avons été aidé et guidé par la Société du Carburateur Zenith qui possède une grande expérience de cette question et a pu ainsi arriver à peu près du premier coup à un résultat définitif.

Résultats

Notons d'abord que les essais ont été faits aux mois de mai et juin, par température douce ; la température la plus basse où nous avons utilisé le vélomoteur a été de + 8. Cette réserve doit être retenue, car il est possible que, en hiver, la mise en route soit un peu plus difficile.

La vitesse maximum de l'engin n'a pas paru modifiée par la marche à l'alcool. Sur bonne route, en palier, on peut rouler à 65 à l'heure et la plupart des côtes au moins jusqu'à 6 % ont pu être montées en prise directe. La marche du moteur paraît plus souple qu'à l'essence, quand il tourne en charge à vitesse réduite. La consommation, mesurée sur 100 kilomètres d'un parcours varié, comportant environ le tiers du trajet dans Paris et les deux tiers sur très bonne route, s'est révélée égale à 2,2 litres d'alcool aux 100 kilomètres et à 125 c. c. d'huile. L'huile utilisée était de l'huile demi-fluide pour moteur.

Résumons ici les manœuvres à faire pour démarrer :

Ouvrir le robinet d'alcool ;
Ouvrir le robinet du réservoir d'huile ;
Fermer le volet du carburateur ;
Placer la manette des gaz à peu près à mi-course ;
Verser de l'essence, de la benzine ou de l'éther dans le robinet de mise en marche et l'ouvrir ;
Agir sur le kick. Dans ces conditions, le démarrage se fait très généralement du premier coup.
Immédiatement après, fermer le robinet de départ, ramener le volet du carburateur et démarrer ;
Après un arrêt même de plusieurs heures, s'il fait chaud, on peut démarrer directement sur l'alcool ;
Quand on s'arrête ne pas oublier de fermer le robinet d'huile, faute de quoi, ce liquide coule dans la tubulure du carburateur et de là, sur le sol : c'est une perte qu'il convient d'éviter.

* * *

On voit que la transformation est relativement simple, qu'on peut démarrer sans essence, avec un liquide que l'on se procure soit chez les quincailliers, soit dans les pharmacies et que l'utilisation est tout à fait comparable à celle qu'on obtient avec de l'essence.

La transformation nécessitant quelques tâtonnements et une installation qui comporte des perçages de trous et quelques soudures, il est conseillable, à moins qu'on ne soit bien outillé, de s'adresser à un mécanicien pour l'effectuer. La Société des Carburateurs Zenith fournira tous renseignements sur ce sujet.

RÉSULTATS DE LA STÉRILISATION DES ANORMAUX AU DANEMARK

On sait que c'est au Danemark et en Suisse que ce procédé de défense de la société a, pour la première, fois été mis en œuvre.

Au Danemark les deux lois lui donnant force légale datent de 1929 et 1935.

De 1929 à 1939 il a été réalisé 190 stérilisations et de cette première décade d'application Knud Sand (*Hospitalstidende in Nordisk medicin*, 8 juin 1940) rend compte et tire les enseignements suivants :

Les opérés étaient tous des hommes, et la plupart âgés de 30 à 40 ans et célibataires ; en outre la grande majorité se trouvait, au moment de l'intervention, dans des prisons ou autres établissements publics.

Trois de ces opérés sont morts quelque temps après l'intervention ; tous les autres ont été soumis au bout d'un an à un nouvel examen physique et mental. Aucun d'eux n'avait pris le type eunuchoïde, mais la plupart montrèrent une légère augmentation de poids et une augmentation de la transpiration. Au point de vue mental nombreux furent ceux qui étaient devenus plus calmes.

Dans le délai d'un an au plus toute trace de sexualité avait disparu chez 168 sujets. Deux seulement présentèrent une récidive de délinquance d'origine sexuelle.

Les fous et épileptiques ne purent être remis en liberté mais les faibles d'esprit par contre furent pour la plupart libérés bien qu'encore soumis à une certaine surveillance. Les psychopathes furent d'abord remis en liberté surveillée et provisoire puis définitivement relâchés.

Dans cette derniète catégorie 60 % ont été totalement rendus à leur propre responsabilité, 15 % mis en liberté définitive, 25 % restèrent à la charge de la société.

Un groupe de sujets sexuellement anormaux et antérieurement condamnés n'ont plus par la suite eu affaire à la justice.

Knud Sand tire de ces faits la conclusion que, à condition d'être soumise à des indications sévères, la stérilisation réduit effectivement la délinquance sexuelle et allège les charges de la société. D'où son avis de maintenir en vigueur la loi sur la stérilisation.





A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement.

Arrêté du 10 juillet 1942 instituant une Commission relative à l'enseignement médical

Art. 1er. — Il est institué auprès du ministère de l'Education nationale et du Secrétariat d'Etat à la Santé une Commission chargée d'étudier les réformes de structure qui pourraient être apportées éventuellement à l'enseignement médical.

Art. 2. — Sont nommés membres de cette Commission :

M. Jeanneney, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

M. Benoist, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie d'Alger.

M. Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

M. Iselin, docteur en médecine à Paris.

M. Leriche, président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

M. Carrel, docteur en médecine, régent de la fondation française des problèmes humains.

M. Abrami, professeur à la faculté de médecine de Paris.

M. Lambret, professeur à la faculté de médecine et de pharmacie de Lille.

M. Velter, professeur à la faculté de médecine de Paris.

M. Fichot, stomatologiste des hôpitaux de Clermont.

Art. 3. — La présidence de cette Commission est confiée à M. le professeur Leriche.

(*J. O.*, 11 juillet 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

PRÉCISIONS SUR LA COMPOSITION DE LA FUTURE CHAMBRE RÉGIONALE JURIDICTIONNELLE. — LA NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS. — L'ASSISTANCE CORPORATIVE DANS LA GIRONDE. — UNE NOUVELLE COMMISSION. — RECTIFICATION.

Des renseignements de dernière heure et de source autorisée, nous mettent en mesure d'apporter quelques précisions à l'image assez floue de la Chambre juridictionnelle régionale qui circule dans la profession.

Créée en vertu du principe strictement corporatiste de la séparation des pouvoirs, elle serait composée de personnalités nommées par le Ministre sur listes de propositions à lui soumises par les collèges départementaux.

La place qu'y occuperait le magistrat ne serait pas prépondérante. Si, en effet, il est difficile de concevoir qu'un tribunal où figure un conseiller de Cour d'appel ne soit pas présidé par ce haut magistrat, par contre un simple juge peut fort bien, sans déchoir, être seulement un conseiller technique, en cette qualité, interpréter et mettre en forme les décisions de la Chambre disciplinaire.

Qui sera le commissaire du Gouvernement ? un magistrat ? Ce serait le meilleur titulaire d'un rôle comportant l'accusation publique et la défense de la collectivité. Ou le directeur régional à la Santé ? Est-il opportun de conférer une attribution de plus à ce puissant fonctionnaire ?

L'établissement du tribunal professionnel à l'éche-

lon régional n'a pas pour motif un désir obscur de désarmer les Conseils de l'Ordre. Il s'agit seulement de détacher les juges (juges improvisés !) des contingences locales et d'obtenir une application impartiale des règles et des lois en « dépersonnalisant » les débats.

Pour garder sa sécurité et son prestige, la justice doit frapper de haut.

Cette esquisse qui, nous le répétons, s'inspire de textes déjà arrivés à une certaine précision, témoigne du désir évident de donner satisfaction aux vœux maintes fois exprimés des médecins.

***

La nouvelle Nomenclature prévue par la loi sur les Assurances sociales a pris forme définitive et est en voie de publication prochaine. Rappelons qu'elle n'entrera en vigueur que lors de la fixation, par arrêté interministériel, des chiffres-clés régionaux. Mais d'ores et déjà, il est intéressant d'en décrire les grandes lignes et les nouveautés.

Comme la précédente, cette nomenclature est *nationale* ; les actes de pratique médicale courante y sont incorporés. Elle est *officielle* et résulte d'un arrêté ministériel du 15 avril 1942.

Elle prévoit non seulement les actes médicaux, mais encore ceux des *chirurgiens dentistes*, des *sages-femmes* et des *auxiliaires médicaux*. Les *frais d'hébergement* dans les établissements de soins ou de cure n'y sont pas compris. Les arrêtés pris en exécution de la loi du 2 avril 1942 les fixeront. Les actes professionnels accomplis dans un établissement de soins sont remboursés sur la base de la nomenclature générale, à condition que l'établissement soit autorisé.

Quinze chapitres sont prévus :

PM (pratique courante et petite chirurgie) ; AC (actes complémentaires : anesthésie, actes opératoires, surveillance post-opératoire, assistance à l'intervention...) ; PH (phtisiologie) ; DV (dermato-vénéréologie) ; PS (psychiatrie) ; TH (cures thermales avec forfait-honoraires et forfait-traitement à l'établissement thermal, (ces deux forfaits variant suivant les stations) ; OBS (obstétrique) ; CHI (chirurgie) ; ORL (oto-rhino-laryngologie) ; OPH (ophtalmologie) ; STO-ODO (stomatologie-odontologie) ; ER (électro-radiologie) ; BL (biologie et laboratoires) ; AM (auxiliaires médicaux).

Chaque acte est exprimé par un ou plusieurs *symboles*, et un *coefficient* propre.

Le symbole C exprime la consultation, visites et pratique courante ; H tous les actes de la nomenclature ; et D, certains actes comportant des frais matériels élevés représentant les débours supportés par le praticien ou l'établissement de soins. Il s'applique plus particulièrement à la chirurgie, à l'électroradiologie.

La valeur de C, H et D est fixée en francs, par arrêté interministériel dans chaque région.

Certains actes suivis de la lettre B ne peuvent être remboursés qu'après envoi par le malade au contrôle médical d'un *bulletin d'information* rédigé et signé par le médecin, dont le modèle est annexé à la nomenclature.

Enfin d'autres actes (suivis de la lettre E) exigent une autorisation préalable du contrôle, demandée par le malade au moyen d'une « *demande d'entente préalable* » dont le modèle est également annexé. En cas de non réponse dans les dix jours (sauf le cas d'urgence), l'accord est présumé acquis.

Les actes exécutés en *série* sur une *collectivité* donneront lieu à des tarifs spéciaux établis par arrêté interministériel.

Notons enfin quant à la rédaction de la feuille de

maladie, que le médecin devra mentionner, outre ses noms et adresse, ses *titres hospitaliers*. Il s'agit là sans doute d'un élément, *entre autres*, pouvant être retenu pour justifier un dépassement du tarif corporatif minimum.

***

Venant après une récente Conférence de presse, le dernier Bulletin de l'Ordre nous fait part des projets et des espoirs que le Conseil supérieur conçoit en matière de prévoyance corporative. Mais la voie qui mène du projet à la loi reste encore longue et semée d'embûches et de Ministères ! On fait mieux en Gironde, car l'assistance corporative y est déjà un fait acquis.

En liaison intime avec la Société locale de l'A. G., à laquelle il a transmis les biens fort importants des Syndicats dissous, le Conseil demande à ses ressortissants de verser à ladite Société une cotisation annuelle de 500 francs. Cette cotisation facultative, est représentée par 50 timbres à 10 francs pouvant être apposés sur les certificats. Seuls les cotisants ont droit aux secours.

Les prestations sont et restent du domaine de l'assistance, c'est-à-dire qu'elles sont proportionnées aux besoins et aux ressources réelles de chacun, et ne constituent pas un droit. Elles ne sont attribuées qu'après enquête sérieuse, par un Comité de répartition *élu*.

Mais en contre-partie, plus d'indemnité dérisoire et allégorique ! Le secours est effectif et important. Ne cite-t-on pas le cas d'une veuve qui reçut ainsi 25.000 francs ? En cas de maladie, l'indemnité journalière peut aller jusqu'à 50 francs à partir du 30e jour.

Heureuse initiative qui prouve, s'il est encore besoin, en faveur de l'organisation corporative et décentralisée de la prévoyance et de l'assistance. Les projets qu'on nous vante auraient intérêt à s'inspirer en plus d'un point de cet exemple.

***

Dès les premiers mois du nouveau régime, une Commission avait été instituée pour étudier la réforme des études médicales. Elle comprenait de fort distinguées personnalités choisies dans les Facultés de Paris et de province.

On apprit avec sympathie sa création ; et c'est la seule fois que l'on entendit jamais parler d'elle. A croire qu'elle ne sortit pas des limbes où le texte officiel l'avait laissée.

C'est donc avec une sympathie nouvelle que nous saluons la naissance d'une deuxième Commission chargée de réformer les études médicales.

Le Docteur Grasset est bien avisé en la nommant ; comme la première, et plus encore que la première, elle comporte des noms illustres. Souhaitons qu'elle ne tombe pas dans le profond collapsus qui maintint si longtemps sa devancière aux limites de l'inexistence.

***

Publiant récemment les principales dispositions de la Convention Ordre-Caisse signée entre l'Union régionale des Caisses et les Conseils départementaux de la région parisienne, nous avions félicité vivement l'un de ses auteurs, le Conseil de la Seine, pour sa rédaction que nous aurions volontiers vu transformer en modèle.

On nous a fait observer, à juste titre, que la paternité de cette Convention était fort partagée , cinq départements (la Seine, la Seine-et-Oise, la Seine-et-

Marne, l'Oise et l'Eure-et-Loir) pouvant se la disputer.

Nous rectifions donc aujourd'hui notre adresse de félicitations et prions chaque Conseil de bien vouloir en prendre la part qui lui revient.

CORRESPONDANCE

3292. — Accident du travail. Tarif d'hospitalisation en clinique privée

Je vous serais obligé de me donner les renseignements ci-dessous au sujet des accidentés du travail hospitalisés dans une clinique privée :

1° La clinique a-t-elle le droit de faire payer en plus du prix de journée d'hospitalisation et de l'honoraire forfaitaire de 6 francs par jour, les médicaments et objets de pansement, c'est-à-dire en pratique de prescrire ces médicaments et objets de pansements, leur fourniture devant être payée au pharmacien par l'assurance comme si le blessé était soigné à domicile ;

2° Avez-vous connaissance du prix de journée d'hospitalisation dans des cliniques, appliqué aux accidentés du travail ?

Dr D.

Réponse

Voici quelles sont les dispositions ajoutées par la loi du 1er juillet 1938 au texte de l'article 4 de la loi sur les accidents du travail en ce qui concerne la participation du chef d'entreprise responsable aux frais d'hospitalisation.

« En cas d'hospitalisation dans un hôpital public, l'employeur est seul tenu au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes et des honoraires médicaux et chirurgicaux dus aux médecin et chirurgien, conformément au tarif de responsabilité patronale. »

« Dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée dont les taux et conditions sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics, l'employeur, seul tenu au remboursement des frais ne l'est que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers publics ».

Par conséquent, en cas d'hospitalisation d'un blessé du travail, le patron ne peut être tenu au paiement que de deux choses :

1° *Du prix de journée de l'hôpital pour les malades payants en salle commune ;*

2° *Des honoraires médicaux et chirurgicaux.*

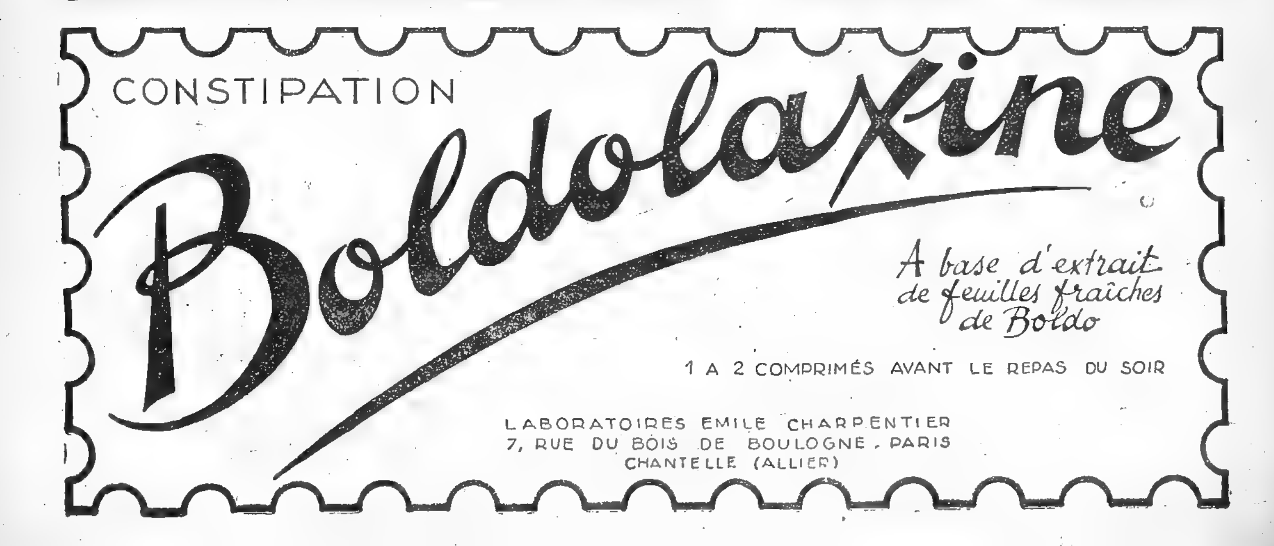
Dans le prix de journée se trouvent inclus les médicaments et objets de pansement.

Il est donc impossible aux cliniques privées de demander le remboursement de ces fournitures en outre du paiement du prix de journée.

Puisque votre clinique est située à E., c'est le prix de journée de l'hôpital d.E. pour les malades payants qui doit servir de base au règlement des frais de séjour des accidentés du travail.

311. — A. M. G. L'admission d'urgence peut-elle avoir un effet rétroactif ?

Chirurgien d'un hôpital, il arrive fréquemment que des malades soient hospitalisés pour une opération à titre payant ; puis, au cours de leur séjour à



l'hôpital, ils demandent pour des raisons diverses, le bénéfice de l'assistance médicale gratuite, si bien que je ne touche pas d'honoraires pour ces opérations. Comme cette pratique se généralise, car les malades ne manquent pas de le dire et de le faire savoir, il arrive que, dans certaines communes, tous les malades sont opérés à titre gratuit ; et ceci grâce à la complaisance des maires qui se font de la réclame à notre détriment. Cette façon de faire est-elle régulière ?

Dr H.

Réponse

Je ne vois d'autre recours, contre les inscriptions abusives de non indigents dont le domicile de secours est hors de L..., que dans le recours exercé soit par vous, soit par l'hôpital, au Préfet, pour lui demander de réclamer devant la Commission cantonale, la radiation des intéressés, dans les termes du deuxième alinéa de l'art. 16 de la loi du 15 juillet 1893 ; mais on serait désarmé contre le refus du Préfet. Pour les indigents dont le domicile de secours est le même que sur votre propre demande, vous bénéficiez du recours de droit commun qu'a chaque contribuable contre les inscriptions qu'il estime abusives.

D'après un arrêt Jabiol du 26 juin 1935, l'admission n'a pas d'effet rétroactif : des soins donnés avant l'admission à l'assistance médicale gratuite ne peuvent être pris en charge par le service. Il y aurait lieu d'appliquer cette jurisprudence, en sorte que vous auriez droit au paiement, par le malade, des soins donnés avant l'admission. Si l'hôpital ne les fait pas payer, vous serez dans le cas, du médecin en butte à l'inertie de la Commission administrative. Vous aurez une double action : celle de l'art. 1116 C. civ. contre le malade et une autre en dommages-intérêts contre l'hôpital.

Me Bernard AUGER,
Avocat au Conseil d'Etat,
et à la Cour de Cassation.

3265. — Les impôts cédulaires ne sont plus déductibles des bénéfices professionnels

Ayant, dans ma dernière déclaration d'impôts, déclaré comme dépense professionnelle l'impôt sur les bénéfices de l'année précédente, le Contrôleur des Contributions rectifie ma déclaration en réintégrant cet impôt. Ceci est vraisemblablement légal, mais il ajoute la phrase suivante : « Impôt général non changé ». Je vous serais reconnaissant de bien vouloir me dire si l'impôt sur les bénéfices de l'année précédente ne peut pas être déduit précisément de cet impôt général, puisqu'il n'est plus déduit de l'impôt sur les bénéfices ?

Dr T.

Réponse

La loi du 23 février 1942 a complété le Code général des impôts directs par un article 101 ter *ainsi conçu :*

« Pour l'établissement des impôts cédulaires ne sont admis en déduction des bénéfices ou revenus imposables, ni l'impôt cédulaire, ni la contribution nationale extraordinaire correspondante, ni l'impôt foncier et les taxes accessoires afférents aux immeubles appartenant aux contribuables ».

C'est en application de ce texte que le Contrôleur a retranché de vos dépenses professionnelles et réintégré dans le montant des bénéfices nets soumis à l'impôt cédulaire, l'impôt sur les bénéfices des professions non commerciales que vous aviez payé en 1941.

Mais il est évident que le montant de cet impôt continue à être déductible du revenu général pour le calcul de l'impôt général sur le revenu.

C'est d'ailleurs pourquoi le Contrôleur vous indique que s'il opère une rectification sur les bénéfices non commerciaux, il ne modifie en rien le revenu général sur lequel la déduction de l'impôt cédulaire avait été opérée

par vous puisque vous l'aviez retranché de vos bénéfices professionnels.

3698. — Les pro-pharmaciens n'ont pas à acquitter la taxe sur les transactions et sur le chiffre d'affaires.

Comme propharmacien, suis-je tenu d'acquitter la taxe de transactions, alors que je ne suis pas tenu de déclarer mon chiffre d'affaires ?

C'est à la suite d'une demande de cession d'alcool, adressée au Contrôleur des Contributions indirectes, que ce dernier me manifesta son étonnement de ne m'avoir jamais vu déclarer mon chiffre d'affaires en vue de l'établissement de la taxe de transactions. Que dois-je lui répondre ?

Dr A.

Réponse

Par décision du 3 juillet 1939, provoquée par le Concours Médical, *la Direction générale des Contributions directes a définitivement statué sur cette question.*

Les médecins-propharmaciens sont exonérés du payement de la taxe sur les transactions de 1 % et de la taxe sur le chiffre d'affaires de 3 % à condition toutefois de fournir exclusivement des médicaments à des personnes auxquelles ils donnent leurs soins.

3224. — Réduction de loyer en cas de non-fonctionnement de l'ascenseur ?

Habitant au 4e étage, j'ai, depuis mon installation, toujours payé sur mes quittances de loyer un droit d'ascenseur.

Mais, actuellement, un décret interdisant l'usage de cet appareil au-dessous du 5e étage, dois-je encore régler ce droit ?

Dr H.

Réponse

L'art. 28 du décret-loi du 26 septembre 1939 donne au juge délégué aux loyers, le pouvoir d'apprécier dans quelle mesure le propriétaire peut être dispensé de fournir tout ou partie des prestations en nature stipulées au bail et de déterminer dans ce cas les exonérations à accorder en contre-partie au locataire.

C'est en vertu notamment de ce principe, que les locataires privés de chauffage ou du service de l'eau chaude ont obtenu certaines réductions de loyer.

La logique voudrait qu'il en soit ainsi en cas de non fonctionnement ou de fonctionnement partiel de l'ascenseur.

La question est assez nouvelle, aussi n'existe-t-il à notre connaissance qu'une seule jurisprudence sur ce point. Il s'agit d'une ordonnance rendue le 10 février 1942 par un magistrat du Tribunal civil de la Seine, et accordant une réduction spéciale de 2 % sur le principal du loyer et ce, jusqu'au jour où sera rétabli le service normal de l'ascenseur.

2492. — Mélange essence-benzol-alcool

Je dispose momentanément pour rouler de essence, alcool, benzol.

Dans quelles proportions dois-je faire le mélange ?

On me conseille : Essence : 2 litres ;Benzol : 2 litres ; Alcool : 6 litres.

Est-ce favorable, ou n'est-ce pas beaucoup d'alcool ?

En outre, si, par défaut d'alcool, je devais un jour rouler avec un mélange : benzol, essence, dans quelles proportions devrais-je faire ce nouveau mélange ?

Enfin, j'ai sur ma voiture — 202 Peugeot — un dispositif « Starcool » pour marcher à l'alcool.

Pour marcher à l'essence seule et par temps froids, je conserve le dispositif en ouvrant au maximum la prise d'air.

Dans le *Concours* du 8 mars 1942, j'ai lu que vous conseillez de supprimer le réchauffage pour marche au gaz d'éclairage.

En est-il de même pour mon cas et que dois-je faire pour marcher avec :

Essence, benzol, alcool ? Essence, benzol ? Essence seule ?

Dr A.-L.

Réponse.

Pour votre mélange d'essence, de benzol et d'alcool vous pouvez vous baser, d'une part, sur vos disponibilités dans chacun de ces carburants et, d'autre part, sur une expérience faite du point de vue miscibilité des éléments. Dans ce mélange, le benzol joue le rôle de tiers solvant ; il en faut donc une quantité suffisante pour que l'essence et l'alcool se dissolvent l'un dans l'autre et donnent finalement un liquide limpide sans précipité.

Je pense que les proportions indiquées vous donneront un bon résultat, mais si vous avez peu d'alcool, vous pouvez sans inconvénient en mettre moins.

Si vous vous proposez de rouler avec un mélange binaire, benzol-essence, vous pouvez adopter n'importe quelle proportion (suivant vos disponibilités), ces deux liquides se mélangent, en effet, en toutes proportions.

Quel que soit le mélange employé, vous aurez certainement à faire, si vous voulez obtenir la consommation minimum, un nouveau réglage du carburateur qui pourra se borner d'ailleurs à un changement de gicleurs. Faites votre réglage de façon à marcher sans ratés, quand le moteur est chaud ; à froid, votre carburant se trouvera évidemment un peu pauvre.

Il n'y a pas d'inconvénient du point de vue consommation à réchauffer, même assez fortement, la tuyauterie d'aspiration, même si le mélange ne contient pas d'alcool. L'inconvénient qui pourrait en résulter se manifesterait par un cliquetis du moteur qui n'est à craindre que dans le cas où vous emploieriez l'essence seule.

Par les grandes chaleurs, vous pouvez essayer de supprimer le réchauffage si vous constatez que, quand le moteur est chaud, vous perdez trop de puissance.

Henri Petit.



Gérant : J. Mignon — No d'autorisation : 77 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE Nos 31 et 32 LUNDI 10 AOUT 1942

381

LE
CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 Dr J. NOIR, Directeur C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Université de Paris.** — *Vacances de chaires.* — Sont déclarées vacantes à la Faculté de médecine de l'Université de Paris :

La chaire de clinique chirurgicale (dernier titulaire : M. Gosset) ;

La chaire de pathologie médicale (dernier titulaire : M. Pasteur Valléry-Radot).

— **Hôpitaux de Paris.** — *Stomatologistes des hôpitaux de Paris.* — Concours de nomination à deux places. Sont nommés : MM. Lepoivre et Hennion.

— *Electro-radiologistes des hôpitaux de Paris.* — Concours de nomination à trois places. Sont nommés : MM. Humbert, Brunet et Codet.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — Ont été élus membres correspondants nationaux : MM. Roche et Vles, dans la IVe section (sciences biologiques, physiques et naturelles) et MM. Okinczyc et Reeb, dans la IIe section (chirurgie).

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — Par arrêté ministériel en date du 3 juillet 1942 :

— M. Chelle, professeur de chimie à la Faculté de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est chargé d'assurer la direction des services de la chaire de chimie biologique à cette même Faculté, en remplacement de M. Machebœuf, détaché à l'Institut Pasteur.

— M. Tayeau, chargé de conférences de chimie biologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, est chargé de l'enseignement de la chimie biologique à cette Faculté pour l'année scolaire 1941-1942, en remplacement de M. Machebœuf, détaché à l'Institut Pasteur.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. Huriez, agrégé, est chargé de l'enseignement de l'hydrologie thérapeutique et de la climatologie (M. Duhot, en congé de santé).

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. Baisset, agrégé de physiologie, est chargé des fonctions de professeur de physiologie (en remplacement de M. Soula).

M. Bugnard, professeur de physique biologique et médicale, est chargé du cours de pharmacodynamie.

— **Ecole de médecine de Nantes.** — M. Dalongeville, professeur titulaire de chimie, est nommé chef de travaux titulaire de chimie (M. Marguery, retraité).

— **Un centre de psychothérapie et de réadaptation sociale**, dépendant du Secours national et agréé par le ministère du travail, est ouvert, 25, rue Erlanger, Paris (XVIe).

Consultation médicale tous les jeudis, de 10 heures à midi, sous la direction du Professeur Laignel-Lavastine et des Docteurs Borel et Duhamel.

Pour tous renseignements, s'adresser tous les après-midi, de 15 heures à 18 heures (Tél. : Jasmin 84-60).

— **Sanatoriums et dispensaires.** — Un cours en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin de sanatoriums et de dispensaires sera fait, à l'hôpital Laennec, du 19 octobre au 26 novembre 1942. Ce cours sera suivi, du 27 novembre au 17 décembre 1942, d'un cours sur les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.

— **Liste d'aptitude au grade de médecin adjoint des sanatoriums publics.** — Par arrêté du 20 juin 1942, à la suite des épreuves du concours ouvert au secrétariat d'Etat à la Santé le 5 mai 1942, ont été déclarés aptes au grade de médecin adjoint des sanatoriums publics :

Les Docteurs : Mlle Trocmé, MM. Braillon, Acher, Dubois, Beaudoin, de Ferron, Joly, Brenugat, Hamon, Peraldi.

— **Hôpitaux psychiatriques.** — M. Mans, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Braqueville, est affecté, sur sa demande, en qualité de médecin directeur, à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, en remplacement de M. le Docteur Baudard, décédé.

— M. Stoer, médecin chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, est affecté sur sa demande, en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique de Ravenel.

— **L'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire (Nièvre)** recherche un interne en médecine, 16 inscriptions minimum. Traitement : 16 inscriptions, 11.400 francs ; 20 inscriptions, 12.600 francs ; docteur en médecine, 15.800 francs. Tous avantages en nature habituels.

— **Hôpital mixte et hospice de Melun.** — Nous avons annoncé dans notre numéro du 20 juillet 1942, page 595, un prochain concours pour la désignation d'internes titulaires. Les traitements indiqués s'entendent « par mois », soit 890 francs par mois pour la première année, 940 francs par mois pour la deuxième année, 990 francs par mois pour la troisième année.

— **Médecin des hospices civils de Saint-Etienne.** — Un concours sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon ou à l'hôpital de Grange-Blanche, le vendredi 13 novembre 1942, pour la nomination d'un médecin des hôpitaux de Saint-Etienne.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat général des Hospices, rue Michelet, 37 *bis*, à Saint-Etienne. Le registre d'inscription sera clos le mardi 3 novembre, à 12 heures.

— **Citation à l'Ordre de la Nation.** — M. Lemaître (Yves), chef de service à l'hôpital civil de Mustapha, à Alger : « Praticien d'une haute conscience professionnelle, a combattu avec le dévouement le plus absolu et jusqu'à l'extrême limite de ses forces l'épidémie de typhus dont il devait être la victime ».

— **Fondation J.-A. Sicard.** — La Commission de la fondation J.-A. Sicard se réunira au mois de novembre 1942, en vue d'attribuer les arrérages de ladite fondation s'élevant à 30.000 francs.

Le but de cette fondation est de favoriser et de diffuser des recherches médicales, soit par travail de laboratoire, cours, publications, soit par voyages d'études, séjour dans un laboratoire ou service déterminé en France ou à l'étranger.

Les candidats devront adresser pour le 15 octobre 1942, dernier délai, au doyen de la Faculté, une demande établie sur papier timbré à 6 francs. Ils devront indiquer de la façon la plus précise les recherches ou missions qu'ils poursuivent, en y joignant toutes les justifications et attestations nécessaires.

Il ne peut être désigné qu'un ou deux bénéficiaires.

— **Naissances.** — On annonce la naissance de: François PORTIER, fils du Docteur Portier (Compiègne, 4, Impasse Pasteur, 30 juin 1942) ; Jean LABARRÈRE, fils du Docteur Labarrère (Moncin, Basses-Pyrénées) ; Paule PIGNET, fille du Docteur H. Pignet (Saint-Georges-de-Didonne, Charente-Maritime, 10 juillet 1942) ; Claudine CAMUS, deuxième fille du Docteur A. Camus (Rochecourt-sur-Marne, Haute-Marne, 10 juillet 1922) ; Michèle LECOCQ, fille du Docteur R. Lecocq (Jouy-le-Châtel, Seine-et-Marne, 18 juin 1942).

— **Mariages.** — Madame et le Docteur A. CHEMIN, directeur de l'Institut municipal et des Laboratoires départementaux d'électro-radiologie de la Seine, font part du mariage, célébré le 11 juillet 1942 à Neuville-aux-Bois (Loiret), de leur fille Irène avec M. Robert Neveu, pharmacien, interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Le Docteur J. DURIN, électroradiologiste des hospices de Compiègne, fait part de son mariage avec Mademoiselle Lucie Mallet (25 juin 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur H. LABBÉ, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; de Madame Pierre FRANÇOIS, épouse du Docteur P. François, belle-fille du Docteur et de Madame Paul François (Janzé, Ille-et-Villaine, 17 juillet 1942) ; de Madame H. CADENAT, mère des Docteurs E. Cadenat, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de Toulouse, J. Boisson et L. Boisson-Cadenat ; du Docteur BONAVE (Paris, 1, rue Bachaumont, juillet 1942).

— Le Docteur J.-G. RÉNON, ancien chirurgien des hôpitaux de Niort, vient de mourir. C'est une grande perte pour le Corps médical qui se rappelle la prestigieuse initiative du défunt en matière d'organisation hospitalière.

Le *Concours Médical* adresse toute sa sympathie à la famille de notre regretté confrère.

Secrétariat d'Etat à la Santé

Dans le but de faciliter la tâche des médecins et par dérogation aux indications K 13 du répartiteur du caoutchouc, il ne sera pas procédé à la récupération des pneumatiques des automobiles des médecins qui possèdent, à la date du présent communiqué, deux véhicules dont un seul est muni d'une autorisation de circuler, le deuxième étant considéré comme une voiture de dépannage.

Toutefois, les médecins qui se trouvent dans ce cas sont invités à prêter leur voiture de dépannage au cas où un de leurs confrères se trouverait momentanément privé de son véhicule.

(*Communiqué*).

Remboursement des frais de vaccination par les Assurances sociales

Nous publions ci-dessous l'importante circulaire adressée aux Directeurs des services régionaux des Assurances sociales, annoncée dans notre écho du 10 juillet dernier. Satisfaction est donc donnée au désir exprimé par nous il y a quelques mois et aux efforts du Comité de coordination des Conseils départementaux de la région sanitaire de Paris qui a mené le bon combat.

Certaines caisses m'ont demandé si, et dans quelles conditions, elles devaient participer aux frais de vaccination antivariolique, antidiphtérique et antityphique.

J'ai l'honneur de vous exposer ci-après le point de vue de mon administration à ce sujet :

Si l'on excepte les dispositions de l'article 6, § 17, du décret-loi du 28 octobre 1935 modifié, on constate que la législation des Assurances sociales n'a pas prévu l'attribution de prestations au titre de la prévention proprement dite, c'est-à-dire de prestations allouées à l'assuré bien portant et désireux d'avoir recours à un traitement particulier pour éviter une maladie possible.

Il résulte de ce qui précède que l'inoculation d'un vaccin devant être regardée, en principe, comme le type de l'intervention médicale préventive, les caisses d'assurances sociales ne devraient pas être autorisées, en l'état actuel des textes, à participer aux dépenses engagées par l'assuré à ce titre.

Il est apparu toutefois qu'une telle démarcation entre la médecine préventive au sens strict et la médecine préventive au sens où la législation des assurances sociales l'a comprise n'est possible que dans les périodes au cours desquelles les conditions d'existence comportant le minimum d'hygiène et de prophylaxie sont réalisées. Il en est différemment lorsque, par suite de l'état de guerre, le risque d'épidémie augmente, tandis que diminue parallèlement la résistance des individus par suite des déficiences organiques résultant de la sous-alimentation.

Cette rupture d'équilibre entre le risque et les moyens de lutte démontre l'opportunité d'admettre la notion de prévention dans son acception la plus large.

En conséquence, j'estime que les caisses doivent seconder les pouvoirs publics dans toute la mesure où elles peuvent le faire, soit en organisant des services de vaccination gratuite, soit en passant des accords avec des œuvres d'hygiène sociale dont les services de vaccination seront assurés gratuitement au bénéfice des adhérents de la caisse et de leurs ayants droit.

. . . .

L'assimilation avec les soins préventifs au sens de l'article 6, § 16, *permet en outre d'autoriser les caisses à prendre à leur charge une partie des frais de vaccination, même lorsque l'assuré ne s'est pas adressé à un service gratuit parce qu'il a préféré recourir à son médecin traitant. En pareil cas, la caisse indiquera dans son règlement intérieur, conformément audit article* 6, § 16, *les conditions de sa participation* ; elle fixera souverainement le montant de celle-ci et elle pourra adopter le principe d'un forfait, en particulier lorsque la vaccination comportera deux ou trois consultations ou visites successives du médecin.

Il va de soi que les taux fixés par les caisses devront tenir compte dans un but d'économie, non seulement de l'existence de services gratuits organisés par les caisses elles-mêmes, mais également des plus ou moins grandes facilités offertes à l'assuré dans sa

localité pour se faire vacciner dans un service communal gratuit.

Le Conseiller Référendaire à la Cour des Comptes, Directeur des Assurances sociales et de la Mutualité,

H. DEVILLEZ.

Solidarité confraternelle

Sommes perçues pour Mme Vadon, de Courthezon, et transmises à la date du 31 juillet au Docteur Robert d'Issoudun :

200 francs du Docteur Thuillant, de Paris ;
100 francs d'un anonyme ;
500 francs d'un anonyme ;
200 francs du Docteur Coignerai, de Paris ;
400 francs du Docteur Raymond Bernard, de Paris ;
300 francs du Docteur Tixier, de Rebais ;
300 francs du Docteur Clément, de Paris ;
100 francs du Docteur Lop, de Marseille.

Mutualité familiale

Réunion du Conseil d'administration du 21 juillet 1942

Présents : MM. Noir, président ; Vimont, H. Mignon et O'Followell, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint. Excusé : M. Chevallier. La séance est ouverte à 16 h. 30.

Lecture est donnée du procès-verbal de la précédente séance qui est adopté.

Ratifications d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 14 avril 1942, le Conseil prononce les admissions suivantes :

MM. Bezault (Loiret), Royal-Furcy (Nord), Mazurier (Vosges), Le Droumaguet (Nièvre), M. et Mme Huguet (Marne).

Admissions provisoires

MM. Bazouge (S.-et-M.), Bellocq (Basses-Pyrén.), Bonnet (Orne), Caffeau (Oise), Carrois (Oran), Chaix (Htes-Alpes), M. et Mme Fabre (Pyr.-Orient.) MM. Godard (Manche), Halle (Seine), Mallein-Gerin (S.-et-O.), Mailliez (Oise), Ovide (Manche), M. et Mme Roy (Yonne).

Le secrétaire général rend compte au Conseil de l'accueil très favorable fait par les sociétaires aux nouvelles combinaisons M. A. qui doivent entrer en vigueur en octobre prochain. Cet accueil témoigne de l'opportunité de cette nouvelle création qui met simplement les indemnités maladie-accident à l'échelle du coût actuel de la vie.

M. J. Mignon, trésorier adjoint, entretient ensuite le Conseil d'un projet d'assurance contre les risques de guerre à contracter en faveur des immeubles appartenant à la Société.

Un échange de vues s'institue sur cette question et la résolution est prise de demander des précisions sur le coût de cette police.

L'ordre du jour étant ainsi épuisé, la séance est levée à 18 h. 30.

Le secrétaire général,

G. LAVALÉE.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance sociale

Décret du 11 juillet 1942 instituant d'une part des diplômes d'assistante ou d'assistant social et de moniteur ou monitrice du service social et créant d'autre part un conseil unique de perfectionnement.

(*J. O.*, 19 juillet 1942.)

Médecine du Travail

Loi n° 625 du 28 juillet 1942 relative à l'organisation de services médicaux et sociaux du travail

Art. 1er. — Les services médicaux et sociaux seront organisés dans les familles professionnelles ou les professions suivant les modalités prévues par la présente loi.

TITRE I. — SERVICES MÉDICAUX DU TRAVAIL

CH. I. — *Organisation*

Art. 2. — Un médecin conseil est placé auprès de chaque Comité social national en vue de définir dans le cadre des principes généraux de la médecine du travail, les règles d'application particulières à la famille professionnelle ou à la profession ainsi que de coordonner et d'orienter l'action des médecins du travail.

La nomination des médecins conseils est soumise à l'agrément du secrétaire d'Etat au Travail.

Art. 3. — Les établissements visés à l'article 65 du livre 2 du Code du travail organiseront des services médicaux dans les conditions suivantes :

1° Les établissements qui occupent d'une façon habituelle plus de 500 salariés seront tenus de s'assurer le concours d'un ou plusieurs médecins du travail qui leur consacreront chaque semaine au moins trois demi-journées de travail pour les établissements de 500 à 1.000 salariés ; deux demi-journées par groupe entier de 500 salariés pour les établissements de plus de 1.000 salariés.

2° Les établissements qui occupent d'une façon habituelle de 50 à 500 salariés devront, soit s'assurer le concours d'un médecin du travail qui leur consacrera deux demi-journées par semaine, soit s'affilier à un service médical organisé dans les conditions prévues à l'article 4 ;

3° Les établissements qui occupent d'une façon habituelle moins de 50 salariés pourront organiser un service médical dans les mêmes conditions que les établissements de 50 à 500 salariés.

Art. 4. — Dans toutes les localités où le personnel des familles professionnelles ou des professions soumises aux dispositions de la présente loi dans les conditions prévues à l'article 12 dépassera le chiffre de 500 pour l'ensemble des établissements qui ne disposent pas d'un service médical particulier, les Comités sociaux locaux intéressés seront tenus de constituer, soit isolément, soit en se groupant, des services médicaux communs à ces établissements. Chacun de ces services devra s'assurer le concours d'un médecin qui lui consacrera au moins un temps de travail calculé en faisant application au total des effectifs des établissements affiliés au barème prévu à l'article 3. Les frais de fonctionnement seront répartis entre les établissements affiliés.

Voir la suite page XIII-663

PARTIE SCIENTIFIQUE

LA PEAU JAUNE CAROTINÉMIQUE

Par R. Barthélemy

Ancien chef de Clinique à l'hôpital Saint-Louis

L'étude chimique poussée des vitamines remet à la mode celle de certains troubles, connus et étudiés eux-mêmes de longue date par les cliniciens.

En ce qui concerne la vitamine A, sa provitamine la *carotine*, et l'un de ses rôles dermatologiques, il eût été étonnant que la coloration jaune, partielle ou généralisée, de la peau, la xanthodermie ou xanthochromie cutanée, si évidente parfois, eût pu échapper à l'œil infaillible de nos prédécesseurs.

Il n'en était rien, en effet, et nous rappellerons plus loin les textes péremptoires de Carry et de Besnier *qui remontent à* 1880 et que nous avions exhumés une première fois en 1925 (*Gazette des hôpitaux*, nº 37, 9 mai 1925).

La peau jaune carotinémique, dans sa forme discrète, se limite à une xanthochromie *palmo-plantaire* et parfois naso-labiale, comme l'avaient signalé von Noorden et Marcel Labbé. Fait noté par ces deux auteurs, dont le premier l'avait dénommée *xanthosis diabetica*, c'est surtout chez des diabétiques que s'observe ce trouble, qui ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun autre symptôme local, tel que prurit, desquamation ou pigmentation.

Il peut subsister fort longtemps, avec des variations d'intensité, qui apparaissent plus ou moins nettement en rapport avec la richesse en carotine du régime alimentaire.

Cette xanthochromie palmo-plantaire, qui atteint uniformément toute la surface du tégument considéré, ne doit pas être confondue avec la coloration jaune mais banale, quoique parfois très marquée, de la seule couche cornée et aux seuls points où elle est hypertrophiée. Les calus, durillons, les hyperkératoses provoquées ou « essentielles » plus étendues (maladie de Méleda fruste) ne sont pas des xanthodermies.

Il est facile de constater alors que la coloration leur est circonscrite, et que l'épaississement corné, parfois translucide, correspond bien à son seul territoire.

La *xanthochromie généralisée*, plus rare, est plus intéressante, car elle peut prêter à des confusions plus sérieuses. *Elle n'existe qu'à la peau.* Ni les conjonctives, ni les muqueuses ne sont teintées, et ce fait la rapproche de ce qu'on observe dans l'intoxication picriquée.

La coloration générale, écrivait Carry, est d'un jaune d'ocre, plus marquée sur le visage et sur le tronc que sur les membres. Besnier l'a vue d'un jaune verdâtre, immobile pendant des mois. Pour Marcel Labbé, la teinte serait jaune d'or, bien différente de la couleur jaune chamois du xanthélasma. Le sérum et les urines peuvent être visiblement colorés (Hess et Myers).

Quelles que soient ces nuances, il était déjà reconnu, voici 60 ans, qu'on n'observait en même temps ni lésions hépato-spléniques cliniquement appréciables, ni modifications des selles, et que, dans les très nombreux examens d'urines, jamais on ne trouvait trace de matière colorante biliaire.

La matière colorante de la *xanthodermie* (terme déjà employé par Carry) est « un pigment granuleux d'un brun roux bien différent histologiquement et chimiquement du pigment biliaire » et siège dans les couches profondes de l'épiderme.

Mijake l'a retrouvé dans tout l'épiderme, spécialement dans la couche cornée, mais aussi à un moindre degré, dans le derme, corps papillaire, tissu conjonctif et glandes sudoripares. Il s'agit bien de la carotine.

Rappelons donc que celle-ci, découverte et dénommée au XIXe siècle, par le Français Arnaud, qui l'avait extraite de la carotte, est un pigment gras, non azoté, du groupe dit *des lipochromes.* Arnaud l'assimilait à la xanthophylle. Il a été montré par la suite que quelques caractères chimiques l'en différencient. De même, pour la lutéine du jaune d'œuf et du sang. Mais surtout, depuis, la carotine a été débaptisée et appelée *carotène*, et l'on a montré que cette substance, très labile et avide d'oxygène, était une substance de passage, jouant le rôle de *provitamine* pour la vitamine A.

C'est le défaut d'assimilation de cette provitamine colorée, de sa transformation en vitamine incolore, qui entraîne la carotinémie. Cette CARENCE NUTRITIVE, qui résulte d'un trouble organique ou métabolique et non pas de la pauvreté en vitamine de l'alimentation (carence d'apport) apparaît notamment, comme on l'a vu plus haut, dans la série morbide du diabète, série morbide qui, précisait déjà Besnier, contient la goutte, la glycosurie, l'obésité, le xanthome. Ainsi donc, il faut être un prédisposé, un « ralenti de la nutrition », pour devenir éventuellement un xanthodermique, et *ne fait pas de la xanthochromie qui veut* (Marcel Labbé).

Dans les circonstances actuelles, où l'alimentation peut comporter une abondance inattendue de carottes, de courges et potirons, de rutabagas, sinon de légumes verts, de citrons ou d'au-

tres Aurantiacées, on devrait voir très fréquemment et par à-coups, la xanthodermie.

Il n'en est rien. Chez le sujet métaboliquement normal, elle n'apparaît que très difficilement et avec des doses exorbitantes. Ainsi l'auteur japonais Mijake, il y a une vingtaine d'années, avait dû faire absorber à son sujet d'épreuve 693 oranges pour mettre la coloration cutanée en évidence. 1.200 oranges furent ainsi consommées en six semaines d'expérience.

D'ailleurs, le régime actuel ne favorise pas, par d'autres côtés, l'abus des lipides, ni la surcharge des tissus, du sang ou du foie. Quoi qu'il en soit, la xanthodermie apparaît comme un dysmétabolisme lipoïdique. Si l'on y trouve, en dehors de l'épiderme, la carotine dans la paroi intestinale et le rein, par où elle cherche aussi à s'éliminer lorsqu'elle n'a plus sa voie normale, encore mal connue, c'est probablement le foie qu'on doit avant tout accuser de la stagnation et de la non-assimilation du pigment.

Comme le rappelait tout récemment Ch. Debray, si une grande quantité de vitamine A est détruite par oxydation dans le tube digestif, qui n'en envoie guère que 20 %, et 10 % du carotène alimentaire vers le foie, c'est dans celui-ci qu'elle s'entrepose sous forme d'ester (hépato-vitamine A inactive) ; c'est probablement là que le carotène se transforme ; enfin, c'est dans le foie que s'élabore l'*hémato*-vitamine seule assimilable, seule forme d'utilisation cellulaire.

Or, comme l'ont montré jadis les cliniciens, c'est chez des sujets *familialement* et, si l'on ose dire, xanthochromiquement tarés, *xanthomateux* surtout, qu'on a les premières fois observé ces peaux jaunes, carotinémiques et non ictériques. Plus tard, Marcel Labbé a montré que les diabétiques graves, qui accumulent de la cholestérine (comme les xanthomateux familiaux) et éliminent mal les acides gras cétoniques, sont prédisposés à la xanthodermie. Et l'on sait l'importance des altérations du foie chez de tels sujets, si l'on ne connaît pas le mécanisme intime des troubles fonctionnels qu'elles y entraînent.

La clinique avait donc raison depuis longtemps en instituant chez les hépatiques un régime pauvre non seulement en cholestérine, mais en lipochromes et spécialement en carotine.

Chez ces malades, peu capables de « métaboliser » la provitamine, comme en témoigne chez certains l'excès de carotine dans le sérum sanguin et dans la peau, avec ou sans xanthodermie visible, il importe de réduire l'usage des carottes, choux, rutabagas, concombres, courges et potirons, épinards, salades, maïs, etc..., ainsi que des citrons et des oranges (et aussi du lait, du beurre et des jaunes d'œufs).

L'enfant même, s'il est prédisposé, peut faire de la xanthodermie généralisée, comme l'ont précisément vu Hess et Myers chez deux enfants devenus carotinémiques pour avoir pris deux cuillerées à soupe de carottes fraîches par jour pendant quelques semaines.

En somme, bien que pouvant, à très haute dose, être obtenue chez un sujet normal, la xanthodermie carotinémique constitue un symptôme avertisseur.

Aussi avais-je proposé en 1925 de pratiquer une xanthodermie *d'épreuve*, par ingestion d'aliments riches en carotène. A l'époque, les méthodes de laboratoire elles-mêmes n'étaient pas assez sensibles pour déceler un trouble trop subtil de l'assimilation. Ainsi aurait-on pratiquement révélé, par une méthode quasi-colorimétrique, cette délicate altération du métabolisme hépatique, et la prédisposition du sujet, même jeune, au « ralentissement de la nutrition ».

CONSIDÉRATIONS SUR UNE VOLUMINEUSE TUMEUR DE KRUKENBERG

Par les Docteurs Chauveau et Léger, de Domfront,

et le Docteur Poulain

(*Suite et fin*) (1)

Symptomatologie

Comme on peut le prévoir, les tumeurs de Krukenberg se manifestent soit par des troubles digestifs, soit par des troubles génitaux avec présence d'une masse abdomino-pelvienne, soit par une symptomatologie mixte.

Dans la première catégorie de ces malades, l'interrogatoire révèle les signes classiques de l'ulcéro-cancer ou du néo-gastrique typique.

L'anorexie élective, les vomissements, parfois les hématémèses, les douleurs vagues et inconstantes du dyspeptique, l'amaigrissement considérable parfois, comme dans l'observation qui va suivre, voilà les signes habituels et trop communs pour que nous y insistions, qui permettront au clinicien, de soupçonner la néoplasie. Mais il faut bien savoir que le plus souvent les signes digestifs sont latents et ce sont les troubles génitaux ou la tumeur pelvienne qui inquiètent la malade et l'obligent à consulter. L'histoire qu'elle raconte témoigne de troubles de la menstruation : règles irrégulières, diminuées, parfois aménorrhée complète, peu de douleur, simple sensation de pesanteur, apparition d'une circulation collatérale sur la paroi abdominale en cas de tumeur volumineuse, et rarement de trouble de compression viscérale. A l'examen clinique, l'inspection montre le

(1) V. *Concours médical*, n° du 30 juillet 1942.

mauvais état général, consécutif à un fort amaigrissement ; l'abdomen est souvent gros, distendu par la tumeur et l'ascite ; la palpation indolore, révèle au niveau des ovaires, la ou les tumeurs rondes, mobiles. Pour terminer cet examen, il faut évidemment faire le toucher vaginal, qui donne souvent la clef du diagnostic : on repère l'utérus qu'on trouve normal ; dans un cul-de-sac, le droit en général, on sent la tumeur refoulant l'utérus : cette tumeur est mobile, ferme, nettement séparée de la masse utérine et indolore. Dans l'autre cul-de-sac, le plus souvent on ne trouve rien. Pour terminer ce rapide examen clinique, il nous faut parler d'un autre symptôme d'ordre général, que la plupart des observations publiées jusqu'à ce jour ne mentionnent pas : c'est la fièvre. Le Professeur Jeanneney, de Bordeaux, l'a néanmoins signalée en la comparant à la fièvre des fibromes en voie de sphacèle aseptique ; elle serait due pour lui, à des résorptions toxiques, néoplasiques ou nécrotiques.

Diagnostic

Ainsi que nous venons de le voir, cette affection se montre dans des circonstances variées ; il s'ensuit que le diagnostic peut présenter des difficultés variables. Parfois il est évident ; à la suite d'une gastrectomie, l'apparition de tumeur ovarienne bilatérale, fait penser d'emblée à une tumeur de Krukenberg. D'autre fois, ce n'est qu'après éliminations successives, que la discussion conduit à envisager cette possibilité ; enfin parfois l'existence d'une seule tumeur en apparence sans troubles digestifs antérieurs conduira fatalement le médecin le plus averti à des erreurs de diagnostic. La suivante mérite d'être signalée ; ne serait-ce que pour essayer d'en éviter le retour. C'est ainsi que des malades ont pu croire de bonne foi à l'existence d'une grossesse que leur faisait envisager l'aménorrhée, l'augmentation du volume de l'abdomen, même quelques vomissements. On cite le cas d'une malade qui attendit patiemment le neuvième mois, pour entrer dans une clinique obstétricale. Une autre observation allemande nous raconte l'histoire d'un médecin croyant à une grossesse gémellaire ; après l'accouchement du premier fœtus, le travail ne progressant pas, la malade fut envoyée en clinique, où l'on trouva deux tumeurs ovariennes. Enfin, une faute fréquemment commise est celle qui consiste à croire à une annexite bacillaire, bilatérale, avec ascite. Toutes ces erreurs seront en partie éliminées si on veut bien se rendre compte de la fréquence relative de cette affection.

Pronostic

Il est logique d'imaginer sa gravité puisque nous sommes en présence de métastase signant un processus néoplasique déjà avancé. Quelques cas ont été publié par Tauffer, Pfannenstiel et Fritsch, de survies prolongées qui semblent dues à une localisation ovarienne tardive. Ce qui est sûr, par contre, c'est la gravité toute spéciale de cette affection en cas de grossesse concomitante ; une vingtaine de cas ont ainsi été signalés, qui, tous, ont démontré la rapidité de l'évolution.

Traitement

Dans toutes les publications parues sur ce sujet, les auteurs se sont peu occupés du traitement, envisageant surtout une mise au point anatomo-pathologique.

Il est certain que ces tumeurs donnent au chirurgien une tâche difficile, souvent même impossible. C'est ainsi que dans le travail publié par Metzger, 31 interventions ont été pratiquées pour 283 observations. Avec les progrès de la chirurgie, les tentatives de ces dernières années furent plus fréquentes. Il faut reconnaître du reste que les résultats éloignés demeurent mauvais ; la survie n'est en général que de quelques semaines à quelques mois. Dans quelques cas, après une hystérectomie subtotale, la malade a consenti à une gastro-pylorectomie, mais là aussi les survies n'ont pas été bien longues en dépit d'un rétablissement parfois rapide, mais momentané, d'un bon état général.

Ces résultats ont fait douter bien des fois de la légitimité de l'intervention. Cependant les auteurs modernes défendent encore, en majorité, le traitement sanglant, seul capable de pouvoir donner des survies parfois appréciables.

Voici maintenant l'observation que nous croyons devoir rapporter avec quelques détails :

Mlle S..., 40 ans, domestique, nous est envoyée en consultation à la clinique au début de mai dernier. Dans ses antécédents héréditaires, on note une congestion pulmonaire à 25 ans. Réglée à 17 ans d'une façon très irrégulière, parfois tous les trois ou quatre mois et un jour seulement ; ces règles sont indolores. Elle avoue la naissance d'un prématuré mort-né, de sept mois. Il y a sept ans, elle consulta pour une douleur persistante de la fosse iliaque droite ; l'ovaire droit fut alors reconnu malade, sans autre précision. Petit à petit la douleur disparut et la malade reprit ses occupations jusqu'en février 1940, date à partir de laquelle, elle commença à maigrir, passant de 98 kilos à 65 kilos. Elle signale en outre des troubles dyspeptiques, hyperchlorhydriques, accompagnés de vomissements rares et qui la soulageaient. Soudain, à partir du 8 mai et sans douleur, augmentation considérable et brutale de l'abdomen, qui prend les proportions de celui d'un femme enceinte à terme. La malade est dyspnéique, elle présente une température élevée aux environs de 40 et oscillante. A l'inspection, on est frappé par le faciès vultueux de cette femme, le contraste entre son abdomen volumineux et son amaigrissement. On note une très légère circulation collatérale. A la palpation, on per-

çoit cette énorme masse qui remplit la cavité abdominale ; elle est dure, rénitente, indolore sauf un peu au-dessus de l'arcade crurale droite, où se trouve une zone à peine sensible. Cette masse remonte jusque sous les fausses côtes droites et la percussion ne délimite pas la matité hépatique. En faisant varier le décubitus, on pense à la possibilité d'une légère ascite. Le toucher vaginal, pratiqué en position horizontale et en Trendelenburg montre un utérus petit, refoulé à gauche et en arrière, un cul-de-sac gauche normal, et dans le cul-de-sac droit, à bout de doigt, la partie inférieure de cette énorme tumeur.

La malade, difficile à interroger car réticente, nous affirme à différentes reprises, d'une façon catégorique, que cette masse est apparue en quelques jours, ce qui fait errer le diagnostic. Après mise en observation, on intervient le 12 mai par laparotomie médiane sous et sus ombilicale sous anesthésie à l'éther. A l'ouverture du péritoine, un peu d'ascite jaune clair s'échappe. On extériorise assez facilement cette masse pédiculisée et tordue d'un tour de spire, elle est immédiatement enlevée, après pincements entre deux champs courbes. L'utérus et l'ovaire gauche sont macroscopiquement sains. L'état de la malade nous oblige à refermer rapidement la paroi en trois plans renforcés par des crins totaux.

Après l'intervention, on examine la tumeur : bleuâtre, ferme, dépassant 3 kilos, légèrement bosselée et lisse. La tranche de section, montre une coque périphérique épaisse contenant des zones dures blanchâtres, alternant avec des zones molles nécrotiques jaunâtres. Divers fragments sont prélevés en vue d'un examen de laboratoire ; celui-ci est fait par le Professeur Chevrel, de Rennes, dont nous exposons le compte-rendu :

« L'examen histologique des fragments de tumeur « ovarienne montre que le stroma ovarien normal « ne persiste plus que sous forme d'une mince « bande périphérique qui constitue une sorte de « capsule à la tumeur elle-même. Sous cette capsule, « s'étend un tissu lâche, dissocié par une abondante « sérosité muci-carminophile. Ce tissu contient de « volumineux amas de cellules néoplasiques. Ce sont « de grands éléments arrondis dont le noyau est « rejeté à la périphérie alors que le protoplasme « est surchargé de mucus (cellules en châton de « bague de Krukenberg.) Ces éléments néoplasiques « s'infiltrent également dans le tissu conjonctif « ambiant et y forment de fines coulées cellulaires ».

Les suites opératoires immédiates furent bonnes, la température redevint au bout de quelques jours, normale, et l'état général de la malade allait s'améliorant. Malheureusement, vers le quinzième jour, la température reprit son ascension, ce qui fit croire à des complications pulmonaires tardives. Depuis cette période Mlle S... présente une légère fièvre vespérale, un amaigrissement progressif et des troubles dyspeptiques (hématémèses) qui feraient envisager une intervention si l'état général le permettait.

***

En CONCLUSION, la question des tumeurs de Krukenberg demeure intéressante, au double point de vue pathogénique et anatomo-pathologique. L'existence de cette maladie relativement rare ne doit pas échapper au médecin qui veut éviter des erreurs de diagnostic et de pronostic. L'observation personnelle que nous rapportons aujourd'hui, met de plus en lumière la présence d'une température élevée, oscillante, vraisemblablement d'origine nécrotique, qui vient encore compliquer la difficulté du diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

GAUTHIER VILLARS : Contribution à l'étude des métastases ovariennes des épithéliomas digestifs, 1927.

LERICHE : Des résections de l'estomac pour cancer, 1905.

LEROUX et GUÉRIN : Epithélioma mucoïde de l'estomac avec double métastase ovari nne. Soc. Anat. Paris, 1929.

JEANNENEY : Cancer métastatique bi-latéral des ovaires. Soc. Anat. Clin. Bordeaux, janvier 1934.

VAPTZAROFF : Contribution à l'étude des tumeurs de Kr. Thèse, 1934, Bordeaux.

CHAVANNAZ : Les tumeurs de Krukenberg. *Revue de chirurgie*, juin 1935.

NOVAK et GRAY : Tumeurs ovariennes de Krukenberg. Etude clinique (*Surgery, gynecology and obstetrics*, février 1938).

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

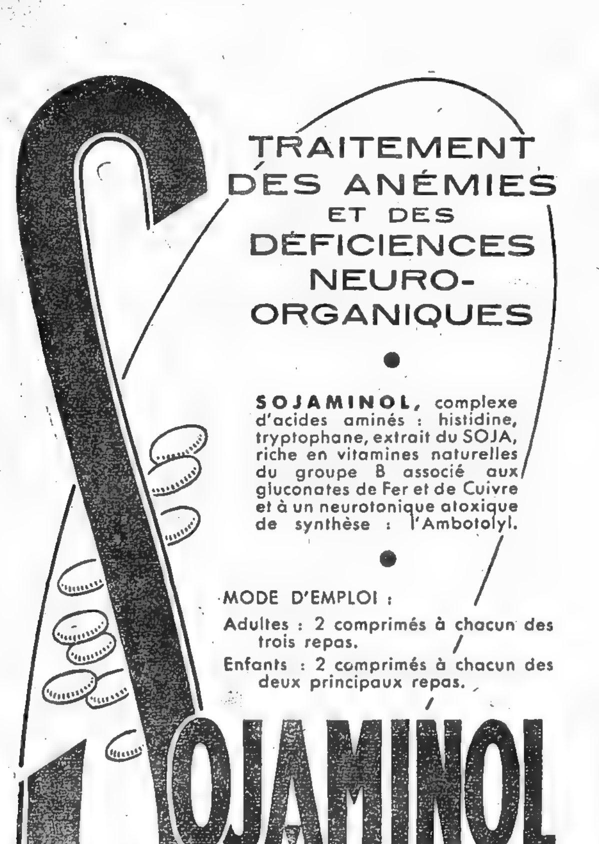
QUE PENSER DE LA « GALE DU PAIN »

D'après le Docteur A. SÉZARY (1)

Tout le monde connaît le rôle, que peuvent jouer les erreurs diététiques dans l'étiologie des dermatoses. Il est donc naturel que l'on se soit demandé si les actuelles restrictions alimentaires et, plus encore, les produits de remplacement imposés étaient susceptibles d'influer sur le climat dermatologique de l'époque. Or, un fait paraît réel, c'est la diminution du nombre des cas de « dermatoses endogènes prurigineuses », considérées par Brocq comme des réactions cutanées : eczéma constitutionnel, prurigo, strophulus, prurit sénile, urticaire. Le régime de restrictions, auquel nous sommes soumis, est donc favorable aux sujets qu'un état constitutionnel expose à des poussées d'éruptions prurigineuses.

Hormis les engelures, faciles à reconnaître, en présence d'un malade se plaignant de démangeaisons, le diagnostic de gale devient presque toujours le vrai. Mais, il ne faut pas conclure que les dermatoses endogènes ne s'observent plus ; elles sont seulement plus rares. Il faut, au contraire, s'efforcer de les distinguer, par un examen méthodique, de la gale parasitaire, et ne pas exposer les malades qui en sont atteints à un traitement qui ne serait pas pour eux sans inconvénients. Inversement, il ne faudrait pas, sous prétexte d'une « gale du pain », écarter le

(1) La pathologie cutanée devant les restrictions alimentaires actuelles. (*La Presse médicale*, 14 février 1942).



TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique atoxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)

seul traitement efficace d'une réelle gale parasitaire.

Car, dans le populaire et même chez les gens « du monde », la gale du pain est admise sans conteste, et nombre de patients viennent chez leur médecin, le suppliant de leur indiquer un remède aux intolérables démangeaisons, qu'ils lui attribuent. La dermatose se caractérise par une éruption étendue, sinon généralisée, mais prédominante aux mains, aux coudes, aux aisselles, à l'abdomen, aux organes génitaux, aux fesses et aux cuisses. Resterait à prouver son individualité. « Or, dit le Docteur Sézary, celle-ci est nettement usurpée. Chaque fois que nous avons eu à examiner un malade, qui se prétendait atteint de cette gale du pain, nous avons trouvé les signes indiscutables de la vraie gale sarcoptique. Et nous avons toujours guéri l'affection par un traitement anti-scabieux ». Pareille opinion a été confirmée au cours d'une enquête, faite auprès des principaux dermatologistes.

On peut donc conclure, sans hésiter, que la « *gale du pain* » *n'existe pas*, si on comprend sous ce nom l'éruption prurigineuse attribuée à l'ingestion du pain qu'on nous délivre en ce moment. Certes, il existe une « gale des boulangers », mais elle ne s'observe que chez les sujets qui pétrissent le pain et se localise aux régions cutanées qui sont en contact avec la pâte de farine ; c'est une affection, qu'on a constatée en temps de paix, et qui n'a rien de commun avec la soi-disant gale du pain.

A ce propos, il n'est cependant pas inutile, en raison de la formidable recrudescence de la gale, d'insister sur deux signes nouveaux, qui facilitent le diagnostic de ses formes frustes et larvées.

Dans le premier cas, il s'agit de malades non exposés à des contacts salissants ou très soigneux de leur hygiène corporelle, chez qui les sillons sont peu ou pas visibles, parce qu'ils ne sont pas encrassés de poussières. Ils échappent ainsi facilement à l'œil de l'observateur. Certes, on les rend plus évidents par un badigeonnage à l'encre, pratique qui suppose connu l'emplacement des lésions. Le plus simple, c'est de rechercher les lésions caractéristiques, non par la vue, mais par le toucher : il suffit, en effet, de promener la pulpe de l'index sur les régions d'élection (espaces interdigitaux, partie cubitale des poignets, en particulier) pour reconnaître les sillons, que leur blancheur ne permet pas d'apercevoir. En pratiquant ce toucher superficiel dans deux directions perpendiculaires l'une à l'autre, il arrive qu'on découvre une petite saillie linéaire, qui doit attirer l'attention. Toute saillie n'est pas nécessairement un sillon, mais il en est souvent ainsi chez un sujet prurigineux. A la loupe, son aspect finement irrégulier et sinueux sera reconnaissable, et rendu plus net par de l'encre ou de la teinture d'iode.

Chez d'autres sujets, c'est une forme larvée de la gale (sans sillons, sans signe objectif même aux lieux d'élection) ; il n'existe que du prurit et des lésions de grattage. Or, le diagnostic est possible, grâce à l'existence d'une éruption spéciale de minuscules papules de prurigo. Jusqu'ici, rien de caractéristique, seule importe la topographie : elle occupe la paroi abdominale, soit dans sa totalité, soit dans une de ses moitiés (sus- ou sous-ombilicale), la face interne des cuisses, plus rarement les fesses en même temps, centre caractéristique ; le dos, la face et le cou restent indemnes. La signification de ce signe a été révélée à l'auteur par trois faits : 1° il l'a constaté chez des sujets qui, sans aucun signe classique de gale, souffraient de démangeaisons et dont les conjoints avaient une gale classique ; 2° il a guéri par un traitement antiscabieux ceux des malades, qui le présentaient ; 3° il existe chez les sujets, atteints également de sillons typiques.

A l'épreuve, ce signe s'est montré d'un grand intérêt pratique, et il a permis de reconnaître nombre de cas, dont le diagnostic aurait été impossible sans son secours.

G. Fischer.

SUR LE TRAITEMENT DE L'EMPOISONNEMENT AIGU PAR LES BARBITURIQUES

A propos de votre analyse de l'article du Docteur Chavany « La strychnine dans l'empoisonnement aigu par les barbituriques », je me permets de vous signaler l'observation d'une malade que j'ai soignée, il y a trois ans.

Cette femme avait absorbé une très forte dose de gardénal, dont le taux m'avait effrayé. J'ai eu recours de suite à la strychnine suivant le traitement habituel ; mais en considérant l'état de torpeur analogue à nos acétonémiques post-opératoires, j'eus la curiosité de rechercher, dans les urines, l'acétone ; et j'en trouvai près de trois grammes. Tout en continuant la strychnine fort attentivement, je me suis trouvé fort bien d'un traitement insulinique approprié ; je constatai la sortie rapide de ce sommeil si inquiétant qui accompagne ces empoisonnements.

J'ai pensé qu'il serait intéressant de demander aux praticiens si, dans l'empoisonnement par les barbituriques, ils rencontrent cette acétonurie fréquemment. Car je crois, depuis cette observation, que les barbituriques entraînent vraisemblablement des lésions pancréatiques, qui passent souvent inaperçues.

Il serait utile de préciser ce point, car l'insuline paraît alors efficace contre ces accidents impressionnants.

Dr H. Herding (Angers).



Les Sociétés Savantes

Académie de médecine

Prévision biologique de l'activité du stovarsol dans la paralysie générale

(MM. A. Sézary et A. Barbé ; 31-3-1942)

S'appuyant sur les documents qu'ils ont accumulés depuis vingt ans concernant la stovarsolthérapie, les auteurs concluent que, pour prévoir l'activité thérapeutique du stovarsol chez un paralytique général, on peut se baser, en dehors des facteurs tenant à la précocité du traitement et à la forme clinique de la maladie, sur l'importance de la leucocytose du liquide céphalo-rachidien, le pronostic étant d'autant meilleur que la leucocytose, au moment où l'on commence le traitement, est plus marquée. Cette donnée biologique n'a toutefois qu'une valeur relative.

Organisation de l'hygiène du lait en France

(M. G. Thieulin ; 31-3-1942)

L'auteur expose un plan général d'organisation de l'hygiène du lait en France. Il demande, entre autres mesures nouvelles, l'institution dans chaque département d'un service de contrôle du lait, celui du département de la Seine pouvant servir de modèle, et la création par la Ville de Paris d'une laiterie moderne et d'un Musée du lait où le public pourrait trouver des leçons de choses éducatrices concernant la production, le traitement et la distribution d'un lait irréprochable.

Il conviendrait, d'autre part, d'encourager les producteurs soucieux de la qualité alimentaire et hygiénique du lait. Il faut comprendre que le lait meilleur est plus coûteux à obtenir et doit être plus cher.

La valeur de la présence ou de l'absence du bacille de Koch dans les crachats pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire

(M. E. Sergent ; 31-3-1942)

Des rapports et des communications faites récemment sur cette question à l'Académie, M. Sergent dégage les conclusions suivantes :

La présence du bacille de Koch dans les crachats ne suffit pas *à elle seule* pour affirmer, sans aucune discussion, l'existence de lésions tuberculeuses de l'arbre respiratoire et particulièrement du poumon. D'autre part, et inversement, l'absence de bacilles de Koch dans les crachats ne permet pas davantage, *à elle seule*, de rejeter la possibilité d'une tuberculose pulmonaire.

M. Sergent rappelle le principe qu'il a déjà énoncé antérieurement et qui s'applique entièrement à la tuberculose pulmonaire : un diagnostic ne peut être que le résultat de la mise en œuvre de tous les moyens et procédés d'exploration dont dispose, dans le moment présent, la clinique.

Académie de chirurgie

Méniscite et luxation temporo-maxillaire récidivante

(M. Dechaume. — Rapport de M. Menegaux ; 18-2-1942)

M. Dechaume rapporte trois observations de méniscite et luxation temporo-maxillaire unilatérale récidivante ; guérison par infiltration novocaïnée temporo-faciale.

Pour expliquer le mécanisme des luxations habituelles de l'articulation temporo-maxillaire sans blocage, on a mis en cause tantôt des facteurs musculaires (Sicard), tantôt des facteurs articulaires : défaut de profondeur de la cavité glénoïde (Dufourmentel et Darcissac), laxité articulaire, lésions méniscales. La méniscite intervient dans un grand nombre de cas. Dufourmentel préconise pendant les premières phases un traitement calmant : injections périméniscales de novocaïne non adrénalinée. On fait ainsi cesser à la fois les symptômes et le gonflement progressif du ménisque. Dans les cas qui atteignent la luxation ou ceux trop gênants, le seul traitement définitif est la méniscectomie.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Remarques sur le début de l'épidémie de variole

(MM. Jean Alice, M. de Sablet et J. Blancard ; 13-3-1942)

Les auteurs exposent dans quelles conditions est apparue dans les hôpitaux de Paris la dernière épidémie de variole. Ils regrettent que la pratique de la vaccination jennérienne, faite à tous les hospitalisés, soit tombée en désuétude ; on aurait pu ainsi éviter des contaminations. La période d'incubation de la maladie a été de dix à seize jours, quatorze jours le plus souvent. L'invasion a duré trois jours ; on n'a observé aucun rash ; pas de phase solennelle et brutale ; le maximum de température n'a été atteint que le deuxième ou le troisième jour avec malaises et frissons répétés, céphalée, anorexie, lumbalgie .Généralement, l'éruption a coïncidé avec une chute thermique.

Le traitement mis en œuvre a été, chez deux enfants, l'ingestion de LX gouttes de xylol par jour au début, puis pour l'un d'eux le sulfamidothiazol et pour le second l'aminobenzène sulfamidothiourée (2255 R P). Pour tous les autres cas, le 2255 a été employé. Il apparaît qu'à la sulfamidothérapie étaient dues l'absence de fièvre de suppuration, la dessication rapide sans croûte et même parfois sans suppuration, de certains éléments, la diminution de la période de suppuration, l'apparition rapide des croûtes, et aussi le peu de dépression des cicatrices. Ce médicament n'a pas modifié la formule sanguine et a été très bien supporté.

Observations d'avitaminose K chez le nourrisson

(MM. L. Ribadeau-Dumas, Chabrun, G. Tardieu et Mlle S. Mignon ; 13-3-1942)

L'hypothrombinémie doit être considérée comme la cause de la légère diathèse hémorragique du nouveau-né normal, et les accidents hémorragiques graves se produisent parmi les nouveau-nés ayant un taux de prothrombine très abaissé. Ainsi est éclairée la pathogénie d'un grand nombre d'affections de cet âge : états hémorragiques à la naissance, hémorragies cérébro-méningées, melæna néo-natorum, ictère grave, anasarque fœtale, anémie. La vitamine K apporte un puissant remède à ces états.

Une observation rapportée montre aussi que l'on peut s'attendre à ce que, chez les nourrissons, après l'âge du nouveau-né, il y ait des cas d'hypothrombinémie comparables aux faits observés chez l'adulte, et justiciables de la cure par vitamine K. Elle établit également, qu'avant tout acte chirurgical, la recherche de la prothrombine s'impose, et que l'administration de la vitamine K permet de parer aux accidents hémorragiques, susceptibles de se produire.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

De l'importance de l'examen du sang pour le diagnostic des suppurations latentes

(MM. VERNET et BÉCART ; 27-2-1942)

La question de l'examen du sang pour déceler les suppurations chroniques est déjà connue. Malheureusement, on néglige trop souvent ce simple moyen qui, dans certains cas, devient du plus grand secours dans le diagnostic et la conduite du traitement.

Certains cas se trouvent, en effet, en marge d'une symptomatologie précise et font hésiter le praticien.

C'est alors que la leucocytose et la modification de l'image neutrophilique rendent les plus grands services.

L'observation qui illustre ce point de vue est un de ces nombreux cas de sinusites latentes dont le diagnostic était particulièrement difficile, et qui était à l'origine de bronchites descendantes rebelles avec état général grave.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Séance du 16-2-1942

A propos du traitement des fibromes

M. Maurice FABRE souligne l'évolution présentée depuis trente ans par le traitement des fibromes, dont la roentgenthérapie, et plus près de nous l'hormonothérapie mâle (testostérone) ont été les facteurs les plus importants. Il rappelle aussi la nouvelle théorie pathogénique qui fait dépendre le fibrome d'un excès de corps œstrogènes circulants et qui fatalement devait aiguiller le thérapeute vers un traitement hormonal susceptible de lutter contre cet excès.

L'auteur divise les fibromes en trois catégories :

1° *Les fibromes latents*, à surveiller, en s'efforçant le cas échéant de combattre l'hyperfolliculinémie.

2° *Les fibromes compliqués*, f. *douloureux*, f. *volumineux*, provoquant des compressions urinaires, intestinales ou vasculaires, f. *gangréneux*, f. *dégénérés*, f. *accompagnés de kystes ou d'annexites*, f. *pédiculés*, pour lesquels la chirurgie ne se discute pas.

3° *Les fibromes uniquement ménorragiques.* Pour ceux-là, il tient à confirmer l'excellence des résultats obtenus par la testostérone qui, surtout au voisinage de la ménopause, lui a fourni d'éclatants succès. Il ne craint pas d'injecter des doses variant de 50 à 300 milligrammes par mois selon les cas.

Lorsque la testostérone échoue, si la malade a moins de trente ans et des trompes perméables, il conseille la chirurgie conservatrice mais laisse le choix entre celle-ci et la roentgenthérapie. Après trente ans, une grossesse chez une fibromateuse mariée depuis plusieurs années et restée stérile étant plus problématique, les accidents de ménopause prématurée moins sérieux et par contre les accidents veineux consécutifs à l'intervention, plus fréquents, il donne la préférence aux rayons X, tout en ne s'opposant pas à l'intervention quand la malade la désire.

M. Cl. BÉCLÈRE pense toutefois que la pathogénie folliculinique du fibrome est loin d'être démontrée ; les dosages chez les femmes jeunes, porteuses de fibromes, ne lui ont pas donné de chiffres élevés de folliculine ; par contre, plus tard, l'hyperfolliculinisme expliquera la sclérose et les hémorragies.

M. PALMER confirme les résultats remarquables obtenus avec la testostérone sur les ménorragies des fibromateuses, résultats souvent durables.

La Presse

De la valeur des tests de la fonction ovarienne

A. NETTER fait une étude critique de la question et démontre qu'en l'état actuel on n'a guère le droit de parler de dosages des hormones ovariennes ou hypophysaires, tant sont grandes les erreurs de la technique et les difficultés d'interprétation des résultats obtenus. Les tests valables restent surtout qualitatifs, et non quantitatifs. Ils permettent de déceler la présence de la folliculine ; de même, ils traduisent l'existence d'un corps jaune, ou les troubles du métabolisme de son hormone. Pratiquement, ils décèlent la présence ou l'absence d'ovulation, bien qu'il puisse y avoir ovulation sans lutéinisation. Il existe une méthode d'exploration fonctionnelle du tractus génital féminin. — la biopsie cyto-hormonale — plus directe que les dosages de folliculine et d'hormone gonadotrope. Elle mérite d'être pratiquée non seulement dans les syndromes purement gynécologiques (stérilité, métrorragies ou aménorrhée), mais aussi dans de nombreux syndromes, paraissant indépendants de la sphère génitale, et qui ne sont pourtant que le retentissement du trouble fonctionnel ovarien. (*La Presse médicale*, 7 février 1942).

Les traumatismes du bassin (fractures et luxations)

Le Professeur LEPOUTRE (de Lille) base son étude sur l'observation de 170 cas inédits, recueillis dans les archives des grandes compagnies minières. Il attire notamment l'attention sur la fréquence relative des lésions du sacrum au cours des gros traumatismes du bassin, et, trop fréquemment encore, les lésions les plus graves sont méconnues, si bien qu'on ne leur applique pas le traitement approprié. Ce travail est illustré de nombreuses radiographies prises les unes au moment de l'accident, et les autres au moment des enquêtes, parfois espacées ainsi de plusieurs années : ces dernières sont évidemment des plus instructives ; il faut reconnaître l'utilité des radiographies stéréoscopiques du bassin ; la vue en relief, ainsi obtenue, donne une image fidèle du déplacement dans les divers sens ; on épargne ainsi un grand nombre de clichés souvent nécessaires pour mettre en évidence, et souvent de façon imparfaite, les diverses particularités d'une fracture. Après la description des divers types de fractures, après la recherche du traitement le plus convenable, l'auteur expose la durée de l'incapacité complète du travail, ainsi que l'incapacité partielle et permanente à laquelle le traumatisme peut aboutir. (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 3, 17, 31 mai 1942.)

La vaccination contre la peste au moyen d'un vaccin vivant

G. GIRARD expose que les vaccins antipesteux, tels que ceux qui sont utilisés à Madagascar et à Java, se sont montrés d'une efficacité supérieure à celle des vaccins tués. Ils représentent un progrès marqué dans la prophylaxie de la peste, et trouvent leur application surtout dans les pays où la lutte contre le réservoir de virus s'avère difficile et pratiquement inopérante, et où les circonstances locales maintiennent un virus particulièrement agressif. A eux seuls, ils sont capables d'amener une réduction considérable du nombre des victimes du fléau. (*Paris Médical*, 15 juin 1942).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA DÉPOSSESSION DU MONDE

Avant même qu'un traité ait édicté en ses sections, titres, chapitres et paragraphes, comment il entend aménager notre destin, voici que cette guerre en a déjà brutalement rompu la ligne en bouleversant nos modes de vie. Quelle que doive être l'Europe, modelée sur sa nouvelle charpente, nous savons dès maintenant du moins ce qu'elle ne sera plus. S'il y a des ordonnancements de demain desquels nous n'avons encore aucune idée, les illusions passées, elles, nous sont apparues dans leur dangereux trompe-l'œil : de gré ou de force, nous aurons à accommoder notre vision à cette inflexible remise au point.

Ainsi, tandis que le continent attend encore son statut, les hommes commencent à discerner le leur. Et il n'est pas trop tôt pour s'en entretenir puisque la décision, liée au fait de la guerre, ne dépend pourtant pas du sort d'une bataille.

Jusqu'à trois ans en-deçà nous vivions, inconsciemment pour la plupart, en fastueux potentats. A chacun de nous, même le plus obscur, les cinq continents payaient tribut et Charles-Quint lui-même n'aurait pu tirer plus d'orgueil de son empire « sur lequel le soleil ne se couchait jamais ».

Ne suffisait-il pas à l'Européen du XXe siècle de faire un signe du doigt pour recevoir les présents de l'Orient , myrrhe et encens, épices et parfums, pour disposer du thé de Ceylan, du café de l'Arabie et du Brésil, de la vanille de Madagascar, la gomme de Malaisie, le pétrole de Mésopotamie et la laine d'Australie et le coton d'Egypte et les fourrures de l'Alaska, et tout ce qu'il est enfin possible de désirer sur terre, du moins de ce qu'il est possible à la terre de donner en partage. Ici chacun de nous possédait le monde et, par un prodige d'économie domestique, cet immense domaine s'enrichissait d'une fécondité sans cesse accrue. Chaque jour, il devenait plus difficile de définir un souhait nouveau que d'en réaliser dix formulés la veille. Les longs désirs où mijotent à feu doux les joies de prix nous étaient insupportables parce qu'ils nous semblaient faire affront à la toute puissance de l'homme. Et nous avions tant de satisfactions à saisir à la volée que nous manquait l'essentiel du bonheur : le loisir tout simplement d'être heureux. La possession du monde nous coûtait en somme le plus précieux de nous-même. Mais qui donc, par seule rectitude philosophique, eût renoncé à la moindre parcelle de ce patrimoine ? Au nom de quel stoïcisme rechigné s'abstenir de ces biens dont la destination naturelle semblait être notre délectation, même distraite ? Au nom de quelle doctrine férue de « quant à soi » rompre les ponts avec un univers aux ressources si commodément variées? Aussi, promenant son désir d'un pôle à l'autre, l'homme prenait son bien où qu'il le trouvât sans trouver à ces libéralités dont il était comblé le moindre sujet d'émerveillement où même de méditation. C'en était un pourtant ; et devant lequel il eut valu la peine de s'arrêter sans attendre que la guerre nous infligeât de nous en préoccuper d'urgence.

D'un tournemain, elle a enserré le continent dans des barrières hérissées d'armes et l'a déporté hors de toute transaction possible avec l'extérieur. Nous voici déchus de notre souveraineté impériale, dépouillés de nos richesses, contraints à réfréner nos désirs immodérés et jusqu'à nos besoins les plus légitimes, d'autant plus accablés de ce dénuement soudain que nous étions naguère encore plus épanouis dans notre, insatiable jouissance. La pénitence est brutale !

***

Mais ce n'est pas de gémir qui nous tirera d'affaire car il n'y a personne à implorer. Nul être au monde, fût-il imbu de toutes les puissances humaines, ne possède celle de nous réintégrer dans notre vie douillette et comblée. Même si l'ordre des choses devait un jour nous en rapporter quelques bribes ce ne pourrait être que par le lent effet d'actions si multiples, si intriquées et si éparses à la surface du globe que même les prévisions les plus générales nous demeurent interdites.

Il est plus viril de faire son deuil de ce qui est perdu. « Tout bonheur que la main n'atteint pas, n'est qu'un rêve ». Tout bien que la main n'atteint pas n'est qu'un leurre. Faisons état seulement de ce qui est devant nous, à notre portée, de ce qui dépend seulement, pour devenir disponible, de notre labeur.

La simple bonne foi exige de reconnaître que les Français, s'ils méritaient les reproches qu'ils se sont du reste eux-mêmes adressés depuis deux ans, ont eu au moins cette vertu de faire front avec énergie à l'économie étriquée où ils se sont vus soudainement réduits. Leurs qualités raciales d'initiative et de juste vision des choses se sont réveillées. Personne ne niera qu'ils se sont remis à cultiver leur sol comme jamais et que la campagne française a pris un visage tendu, ennobli par la volonté qui s'y déploie. La friche recule jour par jour ; il faudrait être bien endurci de cœur pour ne pas considérer avec attendrissement cette renaissance du terroir nourricier en parcelles tirées au cordeau et qui viennent border de près la berge des marais et les talus du chemin de fer.

Même dans les cantons les plus malmenés par la guerre, et qui souvent avaient à peine eu le temps d'effacer les traces de la précédente, même là où un

peu de découragement eut été trop explicable, le sursaut tenace du paysan l'a mis d'emblée à la hauteur de la tâche imposée. Le cheptel décimé se reconstitue lentement, les basses-cour désertes se repeuplent. Faute de carburant les tracteurs et toute la machinerie agricole se trouvent réduits à l'inaction ? On attellera des chevaux ; faute de chevaux, on attellera des bœufs. Puisque la ficelle manque pour les moissonneuses-lieuses, l'agriculteur sème du seigle et, avec la paille, fera des liens à ses bottes de blé. Les champs de colza et d'œillette se multiplient pour donner l'huile que l'arachide exotique n'est plus en mesure de nous fournir, et si la moutarde des Indes nous fait faux-bond, du moins aurons-nous la moutarde française.

S'étant ainsi tracé un écrasant travail pour l'été, il assigne encore leur rôle aux plantes rustiques qui ne demandent pas grand effort à l'homme et se débrouillent toutes seules : voici le robuste topinambourg qui nourrira les bestiaux et donnera de l'alcool ; et puis le tournesol dont la graine sera la bienvenue à la basse-cour.

Un frémissement court d'un bout à l'autre de notre terre comme si elle s'était juré, après tant d'années où nous l'avions dédaignée, de nous faire honte en se montrant plus généreuse que jamais.

Nous n'avons plus les denrées des terres lointaines? tant pis. Rien n'est perdu tant que les hommes auront gardé l'amour et le respect du sol natal. « Un trésor est caché dedans » affirme le vieux laboureur de la fable. C'est seulement maintenant que nous commençons à l'évaluer.

***

En définitive, l'épreuve que nous traversons aura été salutaire si elle nous laisse quelques notions essentielles : à savoir qu'il est imprudent, qu'il est impie et qu'il est tout uniment idiot d'aller chercher aux confins de la terre ce que nous pouvons trouver chez nous. Les qualités d'une race sont déterminées en bonne partie par le sol qui la nourrit. Chercher sa pitance dans les cinq continents, c'est aller de gaieté de cœur au cosmopolitisme et à la standardisation.

Passons donc vaillamment par profits et pertes notre dépossession du monde, du vaste monde aux frontières renfrognées, aux voies de communication coupées, aux richesses fomentatrices de rivalités et de guerres.

Un autre monde nous reste ouvert et où les conquêtes sont pacifiques. Le monde dont Duhamel décrivait les innombrables ressources et les prestigieux paysages et qu'il n'est au pouvoir de personne de nous interdire. Là, si nous le voulons, « tout n'est qu'ordre et beauté ». A peine en avons-nous entamé l'exploration, car nous avions trop à faire ailleurs.

Pris par la frénésie d'aller de plus en plus vite et de plus en plus loin, nous n'abaissions pas le regard sur l'infini qui était sous nos yeux. Nous soupirions « Rien que la terre ! », ayant oublié que dans les « cent pas autour de notre maison » se déploie aussi tout un monde.

Et cependant, à comparer aujourd'hui les deux, où est le plus digne et le plus consolant ?

G. LAVALÉE.

COMMENT SONT ACTUELLEMENT DÉTERMINÉS LES HONORAIRES HOSPITALIERS

Les honoraires médicaux ou chirurgicaux à l'hôpital nous valent une copieuse correspondance. Une étude approfondie de la question ne sera donc pas inutile.

Rappelons tout d'abord qu'en médecine hospitalière l'entente directe est interdite. La Commission administrative a seule qualité: 1° pour recouvrer les honoraires médicaux, à charge par elle de les reverser aux médecins, « *les tractations entre malades et médecins devant être évitées* » (art. 28 de la Circulaire ministérielle du 31 mars 1926 sur l'admission des malades payants dans les établissements hospitaliers. Arrêt du Conseil d'Etat du 21 février 1936, affaire Dufour. Circulaire Sellier du 28 septembre 1936) ; — 2° pour fixer le montant de ces honoraires, *après avis du Corps médical* (même article 28 de la Circulaire du 31 mars 1926). La Circulaire Sellier précise : « *Compte tenu dans la plus large mesure des tarifs similaires appliqués pour les Assurances sociales* ». Et nous ajouterons : « Dans tous les cas où ces honoraires ne sont pas fixés par un texte précis ».

Il faut donc souligner que la rémunération d'un médecin d'hôpital *ne peut faire l'objet d'un contrat* et que la Commission administrative peut, en principe, sous réserve des correctifs indiqués ci-dessous, en fixer et modifier le montant. Contrat ou non, pure question de forme, dira-t-on, car si le médecin estime inacceptables les conditions de la Commission, il se démettra de ses fonctions, et fera ainsi pression sur cet organisme. Sans doute, mais la nuance subsiste : le médecin n'est jamais sûr, en effet, de ne pas se voir remplacer par un confrère moins exigeant, alors que pendant la durée du contrat, il eût goûté une sécurité parfaite.

Ces principes rappelés, passons en revue les différentes catégories de malades susceptibles d'hospitalisation, en étudiant pour chaque cas les règles d'évaluation des honoraires médicaux et chirurgicaux.

ASSISTÉS MÉDICAUX GRATUITS. — Les médecins comme les chirurgiens ne reçoivent d'autre rémunération que *le traitement fixe annuel* qui leur est alloué. Ce traitement est fixé par la Commission administrative, sous réserve de l'avis du Conseil municipal et sauf approbation préfectorale (art. 9 de la loi de 1851 modifié par la loi du 9 février 1927). A cette catégorie doivent être rattachées les femmes enceintes demandant l'hospitalisation gratuite pour leurs couches, en application de la loi du 2 septembre 1941 sur la protection de la naissance. (Réponse ministérielle du 23 avril 1942).

ASSURÉS SOCIAUX ASSISTÉS. — *Médecine et chirurgie.* — En vertu de l'art. 19, § 3 du décret-loi du 28 octobre 1935, les Caisses doivent verser aux établissements hospitaliers les mêmes sommes que pour les assurés sociaux ordinaires, et notamment les honoraires médicaux, tels que prévus par son tarif de responsabilité. *Le médecin reçoit donc pour les assurés assistés des honoraires qu'il ne toucherait pas pour les*

simples assistés. Nous verrons ci-dessous comment ces honoraires sont calculés.

Accouchements. — Les Caisses versent à l'hôpital le montant du forfait prévu par le tarif de réassurance en exécution de l'art. 9, § 1 du décret-loi du 28 octobre 1935, modifié par celui du 14 juin 1938. Ce forfait est fixé à 100 % du prix de journée le plus bas exigé pour les accouchements payants et ce, pendant douze jours ; il comprend l'ensemble des frais d'hospitalisation, pharmaceutiques et médicaux afférents à l'accouchement. Une ventilation doit donc être faite par la Commission administrative dans la somme forfaitaire par elle perçue, pour individualiser le montant des honoraires médicaux *dont elle fixera elle-même le quantum.* Ces honoraires pourront être équitablement un peu moindres que dans le cas d'accouchement d'assurées sociales ordinaires.

ASSURÉS SOCIAUX ORDINAIRES. — *Médecine et chirurgie.* — Les Commissions administratives fixent par convention avec les Caisses de la région, le *montant des sommes remboursées par les Caisses au titre des honoraires médicaux* qui doivent s'insérer dans la double limite suivante : *a*) ne pas excéder les tarifs les plus bas appliqués aux malades payants (art. 6, § 15 du décret du 28 octobre 1935 ; *b*) depuis le 1er juillet 1941, ne pas être inférieurs aux chiffres fixés par le tarif de réassurance, en attendant que les nouveaux tarifs minima de responsabilité aient été arrêtés dans chaque département ou région par les secrétaires d'Etat au Travail et à la Santé (art. 1er et 3 de la loi du 29 mars 1941).

Que dit ce tarif de réassurance ? Pour les honoraires médicaux, *il fixe un forfait de 4 francs par journée* d'hospitalisation. Pour les honoraires chirurgicaux, il distingue : entre les hôpitaux des villes, centres d'enseignement d'une part, dans lesquels le forfait de 4 francs par journée d'hospitalisation est prévu (sauf lorsque l'intervention est effectuée par un chirurgien chef de service, par un chirurgien titulaire ou adjoint des hôpitaux, nommé au concours, appartenant au service ou remplaçant le chef de service, auquel cas la remunération à l'acte est appliquée) (arrêté ministériel du 29 septembre 1941) et d'autre part, les autres hôpitaux dans lesquels les Caisses ont le choix entre le tarif de 4 francs ou la rémunération à l'intervention forfaitaire avec application des chiffresclés 3 fr. 50 et 7 francs aux coefficients de la nomenclature générale des actes de chirurgie et de spécialités, le chiffre-clé de 3 fr. 50 s'appliquant lorsque le coefficient est inférieur à 24 et le chiffre-clé de 7 francs lorsque le coefficient est égal ou supérieur à 24.

Ces règles seront-elles modifiées à la suite de la publication incessante de la nouvelle nomenclature ? Nous ne pouvons nous prononcer avec certitude. Les symbôles destinés à exprimer chaque acte seront certainement modifiés, les coefficients aussi sans doute et peut-être enfin les chiffres-clés seront-ils augmentés par l'arrêté attendu. Le principe de la rémunération forfaitaire par journée d'hospitalisation subsistera-t-il ? *A priori*, il semble que non. Seule la rémunération à l'intervention paraît prévue.

Les sommes ainsi remboursées par les Caisses à l'hôpital pour les honoraires médicaux et chirurgicaux doivent être reversées au Corps médical.

En cette matière, les Commissions administratives ne sont donc pas souveraines maîtresses des tarifs d'honoraires qui sont fixés par la loi. Peuvent-elles cependant effectuer une légère retenue à titre de frais d'encaissement, remboursement de frais généraux ou autres ? Nous renvoyons nos lecteurs à l'étude que nous avons déjà publiée à ce sujet (1). Notons seulement en passant que la distinction souhaitée par nous, pour les actes de la spécialité radiologique, entre honoraires médicaux proprement dits, touchés par le médecin et frais de traitement conservés par l'hôpital, figure bien dans la nouvelle nomenclature.

De nombreuses discussions seront évitées à l'avenir entre radiologistes et hôpitaux.

Accouchements. — Le médecin a droit à une part du forfait versé par la Caisse à l'hôpital, en vertu des règles posées plus haut. Cette part sera évidemment plus importante pour cette catégorie d'assurées sociales que pour les assurées assistées. En cas d'accouchement gémellaire ou dystocique, il nous semble équitable que la rémunération du médecin soit augmentée, bien que, il faut le noter, la Caisse ne soit pas tenue à l'augmentation de sa prestation forfaitaire, vis-à-vis de l'hôpital, au contraire de ce qui se passe en cas d'accouchement gémellaire ou dystocique à domicile ou en clinique privée (§ 3 et 4 du chapitre assurance-maternité de l'arrêté ministériel du 7 octobre 1938). *La Commission administrative fixe donc elle-même le montant des honoraires médicaux, comme elle le fait pour les assurées sociales assistées.*

ACCIDENTÉS DU TRAVAIL, (Y compris les accidents du travail par faits de guerre. Loi du 24 octobre 1940 modifiée par la loi du 12 juillet 1941). — *Commerce et industrie.* Honoraires chirurgicaux : Fixés au *même taux que ceux* prévus pour les soins *à domicile ou au cabinet* du praticien (art. 30 de l'arrêté du 5 mai 1939) sauf pour pansements, actes cotés à un prix inférieur à 40 francs, séances de massage et de mobilisation qui ne donnent pas lieu à honoraire au profit du chef de service.

Honoraires médicaux : *forfait journalier de 6 francs* au profit du médecin-chef de service, sauf pour la journée qui aura donné lieu à un honoraire à l'acte au profit de ce même médecin. Ce chiffre sera probablement augmenté lors de la révision du tarif, dont nous dit-on, le Conseil supérieur commence à s'occuper sérieusement.

Agriculture. — Le régime antérieur à la loi de 1938 continuant à s'appliquer, jusqu'à nouvel ordre aux accidentés des professions agricoles, le « tout compris » prévu par l'art. 4, § 3 de la loi du 9 avril 1898 continue donc à s'imposer au médecin qui ne peut prétendre vis-à-vis de l'employeur au paiement d'honoraires spéciaux. Par contre, rien ne s'oppose à ce qu'un accord intervienne entre Commission administrative et médecin pour octroyer à celui-ci, sur la somme forfaitaire versée par la Compagnie d'assurances (tarif d'A. M. G. plus 30 %) une *certaine part déterminée suivant des méthodes analogues à celles employées pour les accouchements d'assurées sociales.*

PENSIONNÉS DE GUERRE, 1914-18 ET 1939-40 (Loi du 31 mars 1919. Rapport préliminaire du décret du 20 janvier 1940). — L'art. 66 du décret

(1) *Concours Médical*, 8 mars 1942, p. 347.

du 25 octobre 1922 permettrait de penser qu'une rémunération spéciale doit être versée pour soins médicaux et chirurgicaux à l'hôpital, puisqu'il dispose que... « *les frais de séjour de traitement et d'interventions, sont remboursés suivant le tarif adopté dans l'hôpital* ». Mais il ajoute : « *dans les salles civiles le tarif applicable est le tarif spécial aux maaldes traités au compte du département ou des communes* ». Autrement dit, le tarif d'A. M. G. Or ce tarif, nous le savons, ne comporte aucune rémunération pour le personnel hospitalier autre que le fixe annuel. Il faut donc conclure que, malgré l'expression défectueuse de l'art. 66, les *médecins d'hôpitaux ne peuvent toucher d'honoraires particuliers pour soins aux pensionnés de guerre.* En ce sens d'ailleurs, décision de la Commission supérieure des pensions du 27 décembre 1923. Le cas d'hospitalisation à l'hôpital public doit d'ailleurs être assez rare, puisque le pensionné jouit de la gratuité pour séjour et interventions dans les établissements privés agréés.

Aux pensionnés de guerre, doivent être assimilés pour la question qui nous préoccupe, les militaires étrangers blessés ayant servi en France dans les armées alliées au cours de la guerre 1939-40 (Instruction du secrétariat général des anciens combattants du 16 juillet 1942).

Malades payants. — *Voici la seule catégorie entière de malades pour les soins de laquelle les discussions Commission administrative-Corps médical peuvent avoir libre jeu,* dans la mesure bien entendu où l'hôpital est habilité régulièrement à recevoir des malades payants.

Rappelons que selon l'organisation hospitalière actuelle, l'admission des malades payants dans les hôpitaux publics doit rester l'exception, le principe de la spécialité des établissements publics s'opposant à ce qu'ils se livrent à des opérations de caractère commercial concurrençant, dans des conditions privilégiées, les entreprises privées (Circulaire du 31 mars 1926). Le Docteur Huard, dans son projet de réforme hospitalière prévoyait 1° l'admission large dans les hôpitaux de malades petits payants mais non assurés sociaux auxquels aurait été appliquée la nomenclature des Assurances sociales, avec chiffre clé fixé régionalement à un taux supérieur à celui des Assurances sociales ; 2° l'adjonction aux hôpitaux publics de pavillons-cliniques admettant toutes les catégories de malades, ouverts à tous les médecins et dans lesquels l'entente directe aurait été pratiquée.

Nous ignorons quelles sont, sur ce sujet, les conceptions du Docteur Grasset. Si elles étaient semblables, il faudrait que le Conseil supérieur de l'Ordre réglât, pour tout le territoire national, d'accord avec les Administrations régionales intéressées, la question de la rémunération des médecins pour les malades payants, qui serait en effet trop importante au point de vue économique pour que le médecin soit laissé à lui-même dans la lutte, souvent inégale, toujours délicate, qu'il doit mener vis-à-vis des Commissions administratives pour la fixation de ses honoraires.

Sauf quelques cas limitativement énumérés plus haut, le médecin a donc *droit* pour chaque catégorie d'hospitalisés à des *honoraires spéciaux dont la Commission administrative n'est pas souverainement libre de fixer le montant.* Dans le cas où les Commissions administratives refuseraient de payer des honoraires spéciaux quand ils sont dus ou n'accepteraient d'en verser qu'une partie, les médecins auraient la ressource d'un recours en Conseil de préfecture pour l'exercice duquel, très certainement, le « Sou médical » donnerait son appui moral et pécuniaire à ses adhérents.

Pierre Douriez.

VERS UN NOUVEAU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Considérations du Docteur Fernand DECOURT

Enfin !..... des pourparlers préliminaires viennent d'avoir lieu à ce sujet entre représentants de l'Ordre national des médecins et ceux de la réunion des assureurs. Tout à fait « préliminaires » sans doute, car ce n'est pas en fin juillet, période où s'ouvrent les vacances, que peuvent être entamés des travaux qui seront forcément assez laborieux.

Une ère nouvelle doit s'ouvrir, en effet, en cette matière. Il ne s'agit pas, cette fois, de modiques augmentations obtenues, pièce à pièce, non sans peine. Le Conseil national de l'Ordre — et on ne saurait que l'en féliciter chaleureusement — tendrait à l'unification au sujet des divers tarifs sociaux : assurances sociales, accidents du travail, pensionnés de guerre, voire Assistance médicale gratuite. Entendons-nous bien toutefois, dès l'abord. Il ne s'agit pas, il ne peut s'agir d'une « *unification des tarifs* » comme je l'entends dire quelquefois. La première raison à cela est qu'il n'y a pas « tarif » en matière d'Assurances sociales, puisqu'entente directe, mais uniquement « *Nomenclature* », tandis qu'il y a non pas nomenclature mais « *tarif limitatif* » imposé, en matière d'accidents du travail. Il ne peut donc être question que d'*Unification de Nomenclature,* ce qui serait d'ailleurs une réforme excellente.

Mais ce n'est pas tout. La « *Nomenclature générale des actes de chirurgie et de spécialités* » qui a paru au *Journal Officiel* du 29 novembre 1931, vient d'être l'objet d'une modification très importante — de « structure » pourrait-on dire. Qu'est la nouvelle ?.... On n'en sait rien, puisqu'elle n'a pas encore été publiée et le Corps médical, pas plus que l'ensemble des assureurs, ne saurait l'accepter comme parole d'évangile, avec la foi du charbonnier, si je puis dire, puisque même publiée, elle n'a pas encore fait ses preuves au point de vue pratique. Il y a donc lieu d'agir prudemment à ce sujet.

Et ce n'est pas tout encore. La Nomenclature ci-dessus n'est qu'une faible partie de ce dont a besoin le tarif des Accidents du travail. Il faut y ajouter *l'autre* : la « *Nomenclature nationale de pratique médicale courante* » qui date, celle-là, du 19 mars 1940 et a paru au *Journal Officiel* du 24 mars. Or cette deuxième Nomenclature pourrait peut-être (aux chirurgiens et spécialistes qui viennent d'établir la nouvelle Nomenclature dont il est parlé ci-dessus) apparaître comme une annexe sans grande importance. Ce serait une profonde erreur, alors qu'environ 80 % (je dis bien les 4/5) des accidents du travail relèveraient, non pas de la Nomenclature en K, mais de cette plus modeste Nomenclature en P. c. Et celle-ci, pour servir en matière d'accidents du travail, aurait besoin à mon avis comme à celui de beaucoup d'autres confrères, d'une *révision* effectuée par des médecins *praticiens* de ville et de campagne pour être complétée et mise au point..... Je

n'insiste pas. On voit qu'il y a pas mal à faire encore avant de présenter aux délégués assureurs quelque chose d'acceptable pour eux — et aussi pour les médecins.

J'ai dit plus haut qu'il s'agissait d'une unification de Nomenclatures et non de tarifs ; je tiens à ajouter qu'une unification des divers tarifs actuellement en cours serait probablement une bien mauvaise chose pour nos confrères. On peut être assuré à l'avance que *l'unification* des tarifs se ferait « *par en bas* » si l'on peut dire et que ceux d'assistance médicale gratuite auraient grand chance de servir de base à tous autres. Pas de dangers ! s'exclameront certains avec indignation. Voire ! N'oublions pas qu'après le vote de la loi du 9 avril 1898, concernant la réparation des accidents du travail, les premiers tarifs médicaux furent précisément ceux de l'Assistance médicale gratuite — avec gratuité absolue, en plus, pour toutes les interventions à l'hôpital, et cette dernière modalité jusqu'au tarif du 5 mai 1939...

***

Et ce n'est pas tout encore ! dirais-je pour la troisième fois, tant la question est plus complexe qu'elle ne l'a paru à ceux qui n'ont pas « vécu » ce tarif depuis de longues années — avec toutes ses nécessités pratiques et ses modalités, polies et repolies tant de fois au fur et à mesure que l'indiquait l'expérience journalière.

Je veux parler, tout d'abord, du *Titre I*er du tarif actuel avec ses articles nos 1 à 15 inclus qui — nomenclature unifiée ou non — devront rester, en principe, dans le nouveau tarif. Il en sera de même, au sujet des « *Observations* » qui se trouvent *in fine* des art. 27 et 28. De même encore pour les dispositions particulières insérées au *Titre V* (art. 30 et 31) ; au *Titre VI* (art. 32 à 35) ; au *titre VII* (art. 36 à 41), sans compter le long « *Annexe* » à l'art. 2 placé tout à la fin du tarif.

Ce sont là questions de détails, dira-t-on ? L'ensemble d'un édifice n'est-il pas fait de pierres amoncelées suivant un certain ordre, d'après les détails d'architecture soigneusement établis à l'avance ?...

***

Quant au tarif lui-même, au point de vue du « *taux* » des interventions par rapport aux précédents, que doit-il être à l'heure actuelle ?

Il ne s'agit pas, ai-je dit dès le début de ces considérations, « de modiques augmentations obtenues pièce à pièce et non sans peine », mais de prix *largement différents* des anciens.

Prenons, par exemple, le prix de la consultation simple. Celui actuel de DIX-SEPT FRANCS n'est-il pas ridicule, grotesque alors que la consultation (je ne parle pas à Paris mais même dans la plus grande partie des régions de France) est, en clientèle courante dans les environs de TRENTE FRANCS ?

Et le prix des déplacements du médecin ?...... On sait combien peine actuellement, principalement le médecin de province et de campagne, alors qu'on lui accorde de l'essence au compte-goutte et à un tarif comparable à celui des liqueurs d'avant-guerre. Or, imperturbablement en matière d'accident du travail, le tarif lui alloue encore, en plaine, 1 fr. 50 du kilomètre parcouru, alors qu'il en est accordé, pour le moins, *plus du double*, en matière d'Assistance médicale gratuite, en beaucoup de régions.

Est-il besoin d'ajouter d'autres exemples ? Tous ceux qui sont appelés à donner leurs soins à des accidentés du travail sont en droit de s'attendre à des augmentations *très substantielles* du tarif actuel, resté digne de la période... antédiluvienne. Puisqu'il s'agit d'un tarif d'ordre national, c'est au Conseil supérieur de l'Ordre que nous devons et pouvons faire confiance. N'est-ce pas lui — actuellement — qui, à côté de ses fonctions juridiques, a la charge de pourvoir aux intérêts professionnels du Corps médical français ?.....

Dr Fernand DECOURT.

Dernière Heure. — J'apprends, de source sûre, que le secrétaire général de l'Ordre national a transmis au représentant de la réunion des assureurs des « PROPOSITIONS » du Conseil supérieur parmi lesquelles je vois : 1° une augmentation très sensible des tarifs chirurgicaux qui seraient dans l'ensemble doublés, ou à peu près.

2° La consultation simple du praticien (sauf la première) serait généreusement portée de 17 à 18 FRANCS (chiffre-clé : C = 30. Consultation avec petit pansement : C × 0,6 = 18).

Je crois devoir publier d'urgence de tels chiffres qui sont inadmissibles et DOIVENT être modifiés. Nous ne demandons pas l'aumône.

F. D.

INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE

Conférence de presse du vendredi 31 *juillet* 1942

Qualification des spécialistes. — Il va être créé dans chaque région une Commission présidée par un spécialiste qui aura pour mission sous réserve d'appel devant le Conseil supérieur de donner une investiture officielle aux praticiens exerçant l'une des spécialités reconnues par le Code de déontologie. Seuls ces praticiens pourront s'intituler spécialistes.

Assurances sociales. — A l'occasion de la détermination du chiffre-clé de la nouvelle nomenclature, les Assurances sociales ont renouvelé leur offensive tendant à la fixation par voix d'autorité d'un tarif corporatif maximum coïncidant avec le tarif de responsabilité des caisses.

Le Conseil supérieur et le Ministère s'y opposent avec toute la vigueur nécessaire.

Comités sociaux. — Ces organisations doivent en vertu de la loi employer une quote-part des bénéfices qui leur revient à la réalisation d'œuvres sociales et sanitaires. Le Professeur Leriche a pris contact avec les Comités sociaux d'un certain nombre de grandes familles professionnelles afin de leur proposer une solution permettant de respecter le principe de l'indépendance des médecins. Il s'agirait de la création, suggérée par le Docteur Vignoli, de caisses départementales analogues aux caisses médicales ou chirurgicales mutuelles, qui prendraient en charge la différence existant entre le tarif médical et le tarif de remboursement des caisses d'assurances sociales.

Impôts. — Au cours de pourparlers, les représentants du Conseil supérieur de l'Ordre ont proposé aux délégués du Ministère des Finances, l'institution d'un régime forfaitaire concernant les frais professionnels. Le Ministère des Finances reconnaîtrait que pour une recette brute inférieure à 100.000 francs, il y a en moyenne 60.000 francs de frais professionnels fixes. Donc sur 100.000 francs déclarés l'impôt ne frapperait que 40.000 francs et toute déclaration inférieure à 60.000 francs serait exonérée d'impôt.

De 100.000 à 200.000 il y aurait 30 % de frais

professionnels, 20 % de 200.000 à 300.000 et 15 % au-delà de 300.000. Il ne s'agit là que d'un projet.

Retraite. — La loi instituant la Caisse autonome de retraite serait sur le point d'être promulguée. La retraite pourrait donc fonctionner à partir du 1er janvier 1943. Le Ministère des Finances semble avoir définitivement admis le principe du timbre retraite de 5 francs à apposer obligatoirement sur tous certificats non exempts de timbre aux termes des lois fiscales en vigueur.

Médecins sinistrés. — Le Conseil supérieur a décidé d'allouer un secours de 5.000 francs à tout sinistré total et ce en plus des indemnités mobilières auxquelles il a droit.

Médecins de zone côtière interdite. — Le Conseil supérieur tenant à marquer sa sollicitude confraternelle aux praticiens de la zone côtière interdite, dont les conditions d'exercice professionnel sont particulièrement pénibles, a décidé de les exonérer de la partie de la cotisation de l'Ordre lui revenant.

Enfants de sinistrés. — Les médecins des départements de la Savoie, de l'Isère, des Basses-Alpes, ont décidé d'accueillir gratuitement pour la période des vacances 70 enfants de confrères domiciliés dans les régions sinistrées. Pour tous renseignements s'adresser au Conseil supérieur.



A TRAVERS L'OFFICIEL *(Suite)*

Art. 5. — Les médecins du travail seront choisis selon les cas par les directeurs d'établissements ou les Comités sociaux locaux intéressés qui devront aviser de leur choix les médecins inspecteurs du travail de la circonscription régionale correspondante et le médecin conseil de la famille professionnelle ou de la profession. Ils devront obtenir, avant d'exercer leurs fonctions, leur inscription à l'une des sections du tableau de l'Ordre des médecins institué par la loi du 7 octobre 1940. Un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, fixera la date à partir de laquelle un diplôme de médecine du travail pourra être utilisé pour la nomination.

Art. 6. — Dans les services médicaux communs organisés par les Comités sociaux et dans les établissements comprenant 500 salariés au moins, les médecins du travail sont assistés par des infirmiers ou des infirmières diplômés. Il doit exister au moins un infirmier ou une infirmière par groupe entier de 1.000 salariés. Dans les établissements de 50 à 500 salariés un membre du personnel reçoit obligatoirement l'instruction nécessaire pour donner les premiers secours en cas d'urgence.

Art. 7. — Les locaux affectés au service médical devront être aménagés de la façon suivante : les services médicaux d'un établissement ou d'un Comité social groupant 1.000 salariés au moins devront disposer de : une salle d'attente, un cabinet médical et une salle de pansements.

Les services médicaux groupant moins de 500salariés devront disposer de deux pièces au moins.

Les locaux affectés au service médical d'un éta-

blissement doivent être installés dans l'établissement même, en un lieu d'accès commode et à proximité d'une porte extérieure de l'usine. Dans les établissements affiliés à un service médical organisé par un Comité social local, un poste de secours sera établi dans un local distinct des locaux affectés au travail. Il comportera le matériel nécessaire pour les soins courants pouvant être donnés par l'infirmière ou le secouriste.

CH. II. — *Rôle des services médicaux du travail*

Art. 8. — Les médecins du travail veillent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs, dans des conditions qui seront précisées, par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail sur la proposition du Comité permanent créé par l'article 4 de la loi du 31 octobre 1941. A cet effet, ils doivent notamment, procéder lors de l'embauchage, et par la suite à intervalles réguliers, à un examen médical complet de chaque salarié, exercer une surveillance constante sur les jeunes ouvriers et les apprentis, s'assurer que chaque travailleur reçoit un emploi à la mesure de ses forces et de ses facultés et contrôler les conditions de travail et d'hygiène dans les ateliers. Ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entraînent pas la cessation du travail.

TITRE II. — SERVICES SOCIAUX DU TRAVAIL

Art. 9. — Les établissements qui occupent d'une façon habituelle 250 salariés au moins seront tenus d'organiser des services sociaux du travail. Ils devront faire appel au concours d'un assistant, d'une assistante sociale diplômée qui devra leur consacrer au moins trois demi-journées par semaine pour chaque groupe entier de 250 salariés.

Un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail fixera la date à partir de laquelle le brevet de conseiller ou de conseillère social du travail ou le certificat de conseiller ou de conseillère social auxiliaire prévus par le décret du 10 mars 1942 pourront être exigés.

Art. 10. — Le service social agit sur les lieux mêmes du travail pour suivre et faciliter la vie personnelle des travailleurs et notamment des femmes, des jeunes gens et des déficients et éventuellement en dehors des lieux du travail pour seconder l'action des services sociaux de la famille sur les questions qui sont en rapport avec l'activité professionnelle. A cet effet, il collabore étroitement avec le service médical. Il se tient par ailleurs en liaison constante avec les organismes de prévoyance, d'assistance et de placement publics, professionnels ou privés, en vue de faciliter aux travailleurs, l'exercice des droits que leur confère la législation sociale.

Art. 11. — Le service social dispose d'un bureau au moins.

TITRE III. — MODALITÉS D'APPLICATION

Art. 12. — Un décret pris sur la proposition du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat intéressé fixera pour chaque famille professionnelle ou profession la date d'entrée en vigueur des dispositions de la présente loi et leurs modalités particulières d'application. Il pourra notamment, suivant la nature et l'étendue du risque auquel le personnel se trouve exposé, modifier le nombre des salariés en fonction duquel sont déterminés la composition et le fonctionnement des services médicaux et sociaux.

Art. 13. — Dans les familles professionnelles ou les professions, où les dispositions de la présente loi ne seraient pas encore entrées en application, les services médicaux et sociaux existants continueront à fonctionner et de nouveaux services pourront être



créés dans les conditions antérieurement en vigueur à l'initiative des Comités sociaux ou des chefs d'établissements. Ces services devront obligatoirement se conformer aux dispositions de la présente loi et des textes pris pour son application lors de leur entrée en vigueur pour la famille professionnelle ou la profession considérées.

(*J. O.*, 29 juillet 1942.)

Médecine préventive

Décret du 16 juillet 1942 créant à l'université de Paris un service de médecine préventive universitaire chargé de procéder à l'examen médical des étudiants en vue du dépistage des maladies et notamment de la tuberculose.

(*J. O.*, 19 juillet 1942.)

Santé publique

Décret du 21 juin 1942 instituant une famille professionnelle de la santé

Art. 1er. — Il est créé une famille professionnelle de la santé.

Cette famille comprend les industries dont les produits, les établissements dont les services et les personnes dont l'intervention ont pour objet la protection de la Santé publique.

Art. 2. — Sous réserve, le cas échéant, des décisions interministérielles prévues à l'article 3 du présent décret :

1° Correspondent à la famille professionnelle de la santé des comités d'organisation ci-après institués en application de la loi du 16 août 1940 ;

Comité d'organisation du thermalisme pour celles des attributions de ce comité qui relèvent du secrétariat d'Etat à la santé.

Comité d'organisation des maisons de santé privées.

Comité d'organisation des industries et du commerce des produits pharmaceutiques ;

2° Conformément à la loi du 21 juin 1942 les mesures d'ordre social et professionnel prévues par la loi du 4 octobre 1941 sont appliquées dans la famille professionnelle de la santé définie par le présent décret au personnel employé par les membres de l'ordre des médecins institué par la loi du 7 octobre 1940, de la section dentaire de cet ordre prévue par la loi du 17 novembre 1941 et de la profession de la pharmacie organisée par la loi du 11 septembre 1941.

Art. 3. — Des décisions interministérielles préciseront, en tant que de besoin, les limites de la famille définie par l'article 1er.

En conséquence, elles pourront éventuellement apporter les modifications nécessaires dans la correspondance entre les ordres et professions visés par la loi du 21 juin 1942 et les comités d'organisation créés ou à créer, d'une part, et la famille professionnelle d'autre part.

(*J. O.*, 23 juillet 1942.)

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Schéma de l'Ordre futur. — Services médicaux du travail et la médecine de soins.— En lisant le dernier « Bulletin » de l'Ordre : I. Forfait pour soins aux militaires ; II. Déclaration des causes de décès.

Le Ministre de la Santé vient d'être entendu par le Conseil d'Etat à l'occasion du projet de loi portant réforme de l'Ordre des médecins.

Voici d'après ce qu'on peut en savoir, quelles seraient les grandes lignes du texte auquel la haute assemblée aurait donné son approbation.

Les médecins de chaque département seraient groupés en *collèges départementaux* de l'Ordre, administrés par un Conseil composé de six à douze membres (dix-huit pour la Seine) élus pour six ans au scrutin secret et par correspondance, sous réserve de dispositions transitoires un peu inquiétantes et sur lesquelles nous reviendrons.

Le Conseil exercerait dans le cadre départemental les attributions de l'Ordre des médecins relatives à l'organisation professionnelle, à la défense et à la gestion des intérêts corporatifs.

Tout ce qui concernerait l'honneur, la moralité et la discipline serait confié à la juridiction de *Conseils régionaux* de l'Ordre, dont les membres, au nombre de sept, seraient nommés pour six ans par le secrétaire d'Etat à la Santé sur listes de propositions établies par les Conseils des Collèges départementaux et comportant trois fois plus de noms que de sièges à pourvoir.

Les Conseils régionaux seraient assistés d'un conseiller juridique désigné par le Président de la Cour d'Appel parmi les magistrats de son ressort.

Les fonctions de ministère public seraient exercées par le directeur régional de la Santé.

Le Conseil régional dresse le tableau de l'Ordre et statue en matière disciplinaire.

Le *Conseil national* de l'Ordre assurerait sous l'autorité du secrétaire d'Etat à la Santé la direction et la surveillance de l'Ordre.

Il aurait la garde des intérêts corporatifs et en assurerait la défense.

Il serait composé de trente membres, dont vingt élus (un par région sanitaire, cinq pour la région parisienne), d'un représentant de l'Académie de médecine et de cinq membres élus par les autres membres.

Le Conseil national ne pourrait délibérer que sur les questions inscrites à son ordre du jour, lequel devrait être communiqué au secrétaire d'Etat à la Santé avant chaque séance.

De même pour ses décisions, dont le secrétaire d'Etat aurait facilité de suspendre l'exécution pendant un délai maximum de deux mois au cours duquel il pourrait les annuler pour inobservation des textes en vigueur.

Au sein du Conseil national, serait constituée une *Chambre de discipline* statuant sur appel des décisions des Conseils régionaux.

Elle serait composée de six membres désignés et pris parmi ceux-ci, par les membres du Conseil national.

Elle serait présidée par un Conseiller d'Etat et les fonctions de ministère public seraient exercées auprès d'elle par un inspecteur général à la Santé.

Telles seraient, rapidement ébauchées, les grandes lignes de l'organisation professionnelle de demain.

***

Nous avons publié d'autre part dans son intégralité en raison de son importance, le texte de la loi du 28 juillet 1942 qui organise les services médicaux et sociaux du travail.

Elle était annoncée et attendue depuis longtemps, et ne constitue pas dans son ensemble une surprise.

Elle en apporte une, par contre, et désagréable d'apparence, dans son article 8.

Cet article, traitant du rôle des services médicaux du travail, après avoir précisé que les médecins du travail procédent aux visites d'embauche, aux examens périodiques des travailleurs, veillent sur les apprentis, etc... s'exprime ainsi :

« Ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entrainent pas la cessation du travail ».

Entorse, et considérable, donnée à toutes les promesses faites jusqu'à présent concernant la médecine du travail qui ne devait, en aucun cas, devenir une médecine de soins.

Le contrat-type récemment proposé par le Conseil supérieur, limitait encore et explicitement les attributions du médecin d'usine, sur ce point, aux soins d'urgence.

Faut-il voir dans cet article 8 un coup de force destiné à déborder par surprise la ligne de défense médicale ?

Ou peut-on espérer trouver dans l'arrêté du secrétaire d'Etat au travail qui, selon le paragraphe 1 du même article, doit ultérieurement préciser le rôle du médecin d'usine, les apaisements souhaitables à propos de ce texte menaçant ?

Nous reviendrons sur la question dès notre prochain numéro.

***

Le récent *Bulletin* de l'Ordre vient nous apprendre que le Conseil supérieur a accepté le versement d'un forfait pour soins aux militaires et aux membres de leur famille.

D'un seul coup, voilà le Corps médical rajeuni d'un demi-siècle, en ces temps où les Syndicats naissants luttaient pour le tarif à l'acte et l'adoption du libre-choix et passaient pour des révolutionnaires. En l'espèce, c'est plutôt d'une involution qu'il s'agit.

Derrière ce brillant contrat dont « on espère » que la signature est proche, se profile, nous dit-on, en termes non voilés, l'éventualité d'une réquisition. Nous pensions à dire vrai, que la notion de contrat reposait sur le libre échange des volontés. C'est là, sans doute, notion périmée.

Remarquons que l'on comprend fort bien le désir de l'Administration militaire qui entend assurer ses ressortissants contre la maladie, comme le fait tout employeur dans le domaine privé. Ce que nous regrettons, c'est le manque d'imagination dont en l'espèce le Conseil supérieur paraît avoir fait preuve.

Il n'est point coutume en effet de verser la prime d'assurance au réparateur du sinistre. Depuis quelques décades, on a trouvé préférable de verser la prime à une Caisse et de charger cette Caisse de régler les sinistres selon un tarif de responsabilité. Ne dit-on pas même que l'on a dressé à cette fin une « nomenclature des actes porfessionnels » ?

Pourquoi le Conseil supérieur ne s'est-il pas inspiré, pour mener ses négociations, des principes de l'assurance-maladie ?

***

Le même *Bulletin* de l'Ordre nous vaut une autre surprise : il reproduit sans explication, une note du secrétariat d'Etat à la Santé insistant pour que les déclarations des causes de décès soient faites dans tous les départements, et désignant à la vindicte professionnelle un médecin, nommément désigné, qui a enfreint les dispositions des circulaires des 1er janvier 1937 et 1er juillet 1941, ainsi que de l'article 48 du Code de déontologie.

Nous comprenons et regrettons que le Conseil supérieur soit gêné par la rédaction imprudente de l'article 48 du Code, consentie dans un moment d'abandon. Mais menacer de sanctions un praticien qui se refuse à faire des déclarations pouvant l'exposer aux foudres de l'article 378 du Code pénal, nous semble un peu abusif.

Rappelons une fois de plus qu'une circulaire ministérielle et un règlement intérieur comme le Code de déontologie sous sa forme actuelle, n'ont pas pouvoir d'abroger l'article 378 du Code pénal et que tant que ce texte n'aura pas été modifié, il y a danger pour le médecin à déclarer *indistinctement* toutes les causes de décès.

Pourquoi le Conseil supérieur, au lieu d'entretenir l'incertitude dans les esprits, ne demande-t-il pas au secrétariat d'Etat à la Santé une modification de l'article 378 du Code pénal, puisque c'est là toute la question ?

Il faut espérer en tous cas que le Conseil d'Etat ne maintiendra pas, dans le texte qui lui est actuellement soumis, l'article 48 du Code de Déontologie sous sa forme présente, qui, soulignons-le, est illégale.

CORRESPONDANCE

2.972. — Accidents du travail. Radiographie sous plâtre

Voudriez-vous me faire savoir s'il y a, au point de vue tarif Accidents du travail un tarif prévu pour radiographie sous plâtre (par exemple : après réduction et appareillage d'une fracture d'un membre).

Dr D.

Réponse

Depuis cinq ou six ans, a été supprimée dans le tarif accident du travail toute majoration pour radio effectuée sous plâtre. Et cela parce que les radiographes ont convenu qu'avec les progrès de la technique, le plâtre n'offrait aucune difficulté supplémentaire pour la prise de radio.

Dr Fernand DECOURT.

3.474. — Allocations familiales agricoles

Comme médecin, je cotise naturellement et forcément à la Caisse des Allocations familiales des Professions médicales. Je suis en plus, propriétaire de ma maison et de quelques ares de terrain qui, en dehors de mon jardin, ne me rapportent rien. Or, depuis quelques mois, je suis sollicité, avec menaces à l'appui, de vouloir bien adhérer à une caisse locale d'allocations familiales agricoles. Jusqu'à preuve du contraire, je crois que, d'après la loi, je ne dois adhérer qu'à la caisse de la profession qui m'assure le plus clair de mes revenus et j'ai refusé énergique-

ment de m'inscrire à une deuxième caisse. Ai-je tort ou raison ?

Dr J.

Réponse

Comme propriétaire terrien, vous n'êtes soumis à la législation sur les allocations familiales agricoles qu'en tant qu'employeur de main d'œuvre agricole Si donc vous utilisez les services, même intermittents, d'un jardinier ou d'un tâcheron, vous devez vous affilier pour lui à une Caisse d'allocations familiales agricoles.

Pour vous-même, il ne peut en être question puisque vous êtes déjà affilié à la Caisse des Professions médicales.

Assurances sociales. Bandagistes agréés

Une caisse d'assurances sociales est-elle en droit d'imposer certains bandagistes à l'exclusion des autres, sous le prétexte que les premiers ont signé avec les caisses une convention comportant des prix limitatifs ?

Jusqu'ici mes malades n'avaient pas éprouvé de difficultés pour la fourniture des corsets orthopédiques que je prescrivais. Je les adressais à un fabricant d'ici qui a l'habitude de faire mes corsets (ce qui pour nous, orthopédistes, a une assez grande importance). Comme les autres bandagistes de la ville, il avait signé un contrat avec les caisses d'assurances sociales comportant un prix limitatif pour tous appareils fournis aux assurés sociaux.

Or les prix des matières premières et de la main d'œuvre sont devenus tels que les chiffres du contrat ne laissent plus aux fabricants aucune marge bénéficiaire. Deux bandagistes d'ici ont résilié le contrat depuis deux mois environ et ce sont les deux maisons sérieuses de la place.

J'ai en ce moment à faire faire un corset d'un modèle très spécial que je ne puis laisser faire par n'importe qui. La caisse, avertie, refuse d'assurer le remboursement si le malade s'adresse à un autre fournisseur que ceux qui ont passé contrat. Est-ce légal. Sinon quel moyen a le malade d'obtenir satisfaction ?

Dr L.

Réponse

Aux termes de l'article 30 du règlement type d'administration intérieure des caisses d'assurances sociales, promulgué par arrêté du 30 janvier 1937, le remboursement des appareils d'orthopédie n'est opéré qu'après prise en charge préalable et à condition que la fourniture ait été effectuée par l'un des fournisseurs choisi par l'assuré sur la liste des fournisseurs agréés par la Caisse.

Il résulte donc de ces dispositions que les caisses d'assurances sociales sont fondées à refuser tout remboursement des appareils fournis par un bandagiste non agréé ou ayant dénoncé le contrat qui le liait à la Caisse.



Gérant : J. MIGNON — No d'autorisation : 77 Imp. THIRON & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE N° 33 JEUDI 20 AOUT 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

Dr J. NOIR, Directeur

R. C. Seine 76.579 C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS — Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. OUDARD (de la Marine) et POLICARD (de Strasbourg) sont élus associés nationaux.

— *Les intoxications par les arsenicaux employés en agriculture.* — Des cas d'intoxication par les arsenicaux employés en agriculture, causés en particulier par des farines, du pain et des gâteaux restés accidentellement en contact avec des produits antidoryphoriques, ont été observés en assez grand nombre pendant ces derniers mois. L'Académie de médecine demande qu'un contrôle sévère de la vente de ces produits soit appliqué, en conformité avec la loi du 12 juillet 1916.

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique de la tuberculose.* — Le cours qui sera fait du 19 octobre au 26 novembre 1942 à l'hôpital Laënnec, en vue du concours et de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecins de sanatoriums et de dispensaires, s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes, cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives, concernant la tuberculose. Il comprend des leçons, des stages cliniques et des démonstrations pratiques. Cet enseignement sera suivi, du 27 novembre au 12 décembre 1942, d'un cours sur les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.

Les inscriptions sont reçues à la clinique de la tuberculose et au secrétariat de la Faculté. Droits : 450 francs pour le premier cours ; 500 francs pour le second (800 francs pour l'ensemble des deux cours).

Des bourses peuvent être accordées par le Comité national de Défense contre la tuberculose, 66, boulevard Saint-Michel, sur demande adressée avant le 10 octobre.

— **Faculté libre de médecine de Lille.** *Concours d'agrégation.* — Le concours, déjà annoncé, pour une place d'agrégé de médecine à la Faculté libre aura lieu du 21 au 25 septembre 1942. Le registre d'inscriptions sera clos le 31 août 1942.

Des concours pour des places d'agrégés d'histologie, de physiologie, d'ophtalmologie auront lieu en 1943, vers les mois de juillet et d'octobre. Les candidats sont invités à s'inscrire dès maintenant au secrétariat de la Faculté, 1, rue François-Baës. Il est rappelé qu'ils doivent, au préalable, obtenir l'agrément de Monseigneur le recteur.

— **Hôpitaux de Paris.** *Internat.* — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 13 octobre 1942. Les inscriptions sont reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé, du 7 au 19 septembre 1942.

Les candidats devront se présenter au bureau du service de Santé, 3, avenue Victoria, et déposer leurs

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants.................	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

pièces. Les candidats absents de Paris ou empêchés devront demander leur inscription par lettre recommandée.

— **Hôpitaux de Lyon.** — A la suite du récent concours, M. L. Paufique a été nommé ophtalmologiste des hôpitaux de Lyon.

— **Ligue nationale française contre le péril vénérien.** *Cours de service social anti-vénérien.* — Le cours (26ᵉ session), destiné aux infirmières et assistantes sociales, aura lieu du 9 au 14 novembre 1942 à l'Institut Alfred Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, et à la Clinique Baudelocque. Droit : 10 francs. Les inscriptions sont reçues à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (XIVᵉ).

— **Légion d'honneur.** — *Officier (à titre exceptionnel)* : M. Paul-Marie Degrais, docteur en médecine, chef du service de radiumthérapie au centre anticancéreux de l'hôpital Necker, à Paris. Eminent curiethérapeute, gravement atteint de radiodermite, a donné, au cours de sa longue carrière, de constantes preuves d'un dévouement absolu et d'une abnégation élevée.

— *Au grade de chevalier (à titre posthume)* : M. Lucchini (Marcel), médecin communal de la ville d'Alger : « A exercé sa profession avec un grand esprit d'abnégation ; a contracté le typhus au chevet de ses malades, donnant la preuve de son dévouement professionnel absolu ; est décédé des suites de cette maladie. A été cité à l'Ordre de la Nation ».

Chevalier (à titre posthume) : M. Rouffiac, médecin communal à Tebessa : « A exercé sa profession avec le plus grand dévouement. A été cité à l'Ordre de la Nation ».

— **Médailles des épidémies.** — La médaille des épidémies est accordée aux docteurs ou étudiants en médecine ci-après désignés :

Département d'Alger. — *Médaille d'argent* : Docteurs Vogt Paul (Marengo) ; Randayel Franck (Donéra).

Médaille de bronze : MM. Lengrand Jacques et Calléja Albert, internes titulaires (Alger) ; MM. Vougier Maxime ; Capornaccio Pascal ; Leandri Laurent et Fourcade Marcel, externes titulaires à Alger ; M. Manuel Léon-Benoit, étudiant à Alger ; Docteur Lanterno Louis (Chétif).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Françoise Le Petichaud, fille du Docteur Le Petichaud (Pontrieux, Côtes-du-Nord, 21 juillet 1942) ; de Christian Gouraud, fils du Docteur A. Gouraud (Vieillevigne, Loire-Inférieure, 27 juin 1942) ; de Claude Cossart, fils du Docteur Cossart (Aire-sur-la-Lys, 56, rue de Biennes, 26 juillet 1942) ; de Claudine Dhotel, quatrième fille du Docteur Y. Dhotel (Achiet-le-Grand, Pas-de-Calais, 29 juillet 1942) ; de Dominique Mougin, troisième enfant du Docteur Mougin (16, rue Monge, Paris, 19 juin 1942) ; de Frédéric Leclerc, quatrième fils du Docteur Frédéric-P. Leclerc (Dijon, 10, rue Paul-Cabet) ; de Jean Aubat, fils du Docteur Albin Aubat (Laudun, Gard, 7 juillet 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur André Sallé, de Nevers, chirurgien, ancien interne des hôpitaux de Paris ; du Docteur Jules Janet, de Paris, urologiste, ancien interne des hôpitaux ; du Docteur Nigoul-Foussal, ancien médecin-chef du sanatorium de Villepinte, ancien médecin de l'hôpital Léopold-Bellan ; de Monsieur Jean-François Richer, interne des hôpitaux de



Lyon, fils du Docteur Richer, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph de Lyon ; du Docteur Henri JUDET, ancien interne des hôpitaux de Paris, docteur ès-sciences, décédé subitement en son domicile à Paris. Il était le père des Docteurs Jean et Robert Judet.

— Nous avons, dans notre numéro du 1er août, fait part du décès de M. Louis LALEUF, directeur général des Laboratoires Laleuf.

M. Louis Laleuf était le beau-père du Docteur Pascal Piédallu, du Raincy (Seine-et-Oise), à qui nous adressons l'expression de notre douloureuse sympathie.

Nécrologie

Le Docteur Louis ROULE

Professeur du Muséum national d'Histoire naturelle

Nous avons le vif regret d'annoncer la mort du Docteur Louis ROULE, professeur honoraire d'ichthyologie et d'erpétologie au Muséum national d'histoire naturelle, membre de l'Académie d'agriculture.

Le Docteur Louis Roule avait ajouté à ses connaissances de véritable savant, les qualités d'un écrivain au merveilleux style et d'un profond philosophe. Il continua au Jardin des Plantes la tradition des Buffon, des Cuvier, des Lamarck, des Bernardin de Saint-Pierre, etc. dont il a écrit la vie et commenté les travaux. Les dix volumes de son ouvrage principal : *Les Poissons et le Monde vivant des Eaux*, sont une réplique de la Vie des Insectes de Fabre et, si ce dernier a pu être qualifié par Victor-Hugo, l'Homère des Insectes, on pourrait également surnommer le Professeur Roule, l'Homère des Poissons.

M. Roule n'oublia jamais qu'il était docteur en médecine. Nombreux sont les médecins marseillais et toulousains qui se rappellent avoir été ses élèves au P. C. N. et il resta si populaire dans les milieux médicaux que nous nous souvenons d'avoir assisté à un dîner offert par les médecins toulousains de Paris au Professeur Roule. Il fut en outre un membre du Comité d'honneur de l'UMFIA et fit une conférence très éloquente et fort applaudie sur la *Mer latine* aux *Voix médicales latines*. Le Professeur Roule prit part à plusieurs croisières du Prince Albert Monaco, et fut membre de nombreuses missions ichthyologiques, notamment de celle ayant trait à la pêche dans le delta du Danube. Il faisait partie du Conseil d'administration du Muséum océanographique de Monaco. Le Professeur Roule était le père de notre confrère, Mlle Suzanne Roule, médecin résident à l'hôpital de Fès (Maroc) et de Mlle Lucie Roule, externe des hôpitaux, auxquelles nous adressons ainsi qu'à leur famille l'expression de nos plus vives condoléances.

J. NOIR.

Convention Maisons de Santé-Union des Caisses

Les pourparlers en cours à ce sujet ont, grâce aux efforts du Docteur Bussard et du Docteur Desgranges, abouti à la signature d'une convention.

Les prix de journée applicables aux assurés sociaux ne pourront excéder 90 francs en cas d'hospitalisation en chambre à plusieurs lits.

Les frais de salle d'opérations sont décomptés forfaitairement et ne pourront excéder 200 francs jusqu'à K. 40 inclus ; 300 francs jusqu'à K. 60 ; 350 francs jusqu'à K. 80 et 450 francs au-dessus de K. 80.

Tarif de remboursement : 80 % des frais exposés par l'assuré, avec, comme plafond, une somme égale au produit du nombre de jours par le tarif-chirurgie de l'Assistance publique.

Approvisionnement des propharmaciens

Voici, extrait du n° 3 du BULLETIN DE LA PHARMACIE FRANÇAISE, *le tableau de la valeur des tickets de produits contingentés, pour les propharmaciens, pendant le troisième trimestre* 1942 :

1. Sels de bismuth, 30 gr. — 2. Caféine, 10 gr. — 3. Camphre synthétique, 0 gr. — 4. Codéine en nat. ou prép., 2 gr. — 5. Coton cardé, 1 kgr. — 6. Coton chirurgical, 1 kgr. — 7. Coton supérieur, 1 kgr. — 8. Essence de térébenthine, 0 l. — 9. Ethylmorphine et autres alcaloïdes de l'opium, y compris la morphine ,0 gr. — 10. Glycérine, 0, 250 kgr. — 11. Huile arachide ou olive, 0 l. — 12. Huiles médicinales, 1 l. — 13. Huile de ricin, 0 l. — 14. Huile de vaseline, 1 l. — 15. Iode, 5 gr. ou teinture d'iode, 75 c. c. — 16. Iodures assortis, 30 gr. — 17. Laudanum ou équivalent en préparations opiacées, 60 gr. — 18. Moutarde (farine), 0 kgr. 500. — 19. Produits boraciques, 0 kgr. — 20. Quinine (sels en vrac, cachets ou suppositoires), 0 gr. — 21. Théobromine, 10 gr. — 22. Vaseline ou 200 % de stéaro-vaseline, 0 kgr. 500. — 23. Vaselines conditionnées (tubes de 25 gr.) 0 nombre. — 24. Lanoline, 0 gr. — 25. Acide citrique, 100 gr. — 26. Acide tartrique, 0 gr. — 27. Huile amandes douces vraie, 0 c. c. — 28. Amp. morphine, héroïne ou alcaloïdes en nature, 1 gr.

NOTA. — 1° *Les tickets du troisième trimestre* 1942 *ne pourront être présentés que jusqu'au* 30 *septembre* 1942.

2° *Le ticket Ethylmorphine n°* 9 *doit être utilisé pour l'achat de* tous les alcaloïdes de l'opium *autres que la codéine, y compris la morphine* ; 10 *grammes* de narcéine *entraînent la réduction d'un gramme de* codéine.

3° *La quinine est supprimée en raison de l'insuffisance des stocks.*

4° *Les quantités indiquées pour le ticket de* laudanum *peuvent être utilisées sous forme de préparations opiacées (laudanum, extrait, poudre, pilules, teinture...) pour la valeur correspondante en poudre d'opium.*

5° Acides citrique et tartrique. — *Ils doivent être réservés aux préparations médicamenteuses et ne peuvent être délivrés en* nature *au public.*

6° Glycérine, amidons, fécule, vaseline, huile de vaseline. — *Ces produits ne doivent pas être délivrés en nature au public que sur* prescriptions médicales.

7° *Un ticket* complémentaire *n°* 28 *a été fixé en* morphine *ou* héroïne *à prendre* en nature *ou* en ampoules.

Bibliographie

La vie en fleur

Le *Commissariat général de la famille* vient de nous envoyer une brochure magnifiquement éditée, illustrée et rédigée : *La vie en fleur.* C'est un plaidoyer éloquent en faveur de la famille qui s'adresse tout particulièrement aux médecins. La cause est entendue et le procès de la famille est depuis longtemps gagné auprès du Corps médical. Néanmoins *La vie en fleur* fournira des arguments en faveur du développement de la famille.

Un pli confidentiel contient un appel du Maréchal aux médecins qui exalte le médecin de famille. Y

sont jointes des déclarations des secrétaires d'Etat de la famille et de la Santé, M. S. Huard et son successeur, M. Grasset, du Pr Leriche, président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. Enfin des leçons magistrales du Pr Lemierre *de la Faculté de médecine de Paris* sur *les Septicémies post-abortum*, qui énumèrent et démontrent les grands dangers de l'avortement criminel, sur la rançon nerveuse des manœuvres anticonceptionnelles, par le Pr Laignel-Lavastine et à propos de l'avortement criminel, par le Pr Portes.

La vie en fleur débute par des illustrations en couleur inspirées par les vers de Victor Hugo :

De jamais voir, Seigneur, l'Eté sans fleurs vermeilles
La cage sans oiseaux, la ruche sans abeilles,
La maison sans enfants.

Font suite de belles têtes d'enfants, œuvre de Laure Albin Guillot. M. Georges Duhamel, de l'Académie Française et de l'Académie de médecine, ouvre la série des articles par une page intitulée : *Enfant d'abord.*

L'enfant a ses ennemis, proclame « *La vie en fleur* » et elle reproduit en couleurs une vision dantesque : *Le massacre des innocents*, d'après Rubens.

Ces ennemis de l'enfance, et partant de la famille, sont d'abord les préjugés, les modes dangereuses, la peur de vivre, l'égoïsme du célibataire, du ménage sans enfants, de l'enfant unique. Viennent ensuite les mauvais conseils, propagande des matrones en faveur de l'avortement, de la mauvaise mère incitant sa fille à la stérilité.

M. Charles Richet, membre de l'Académie de médecine, expose, avec graphiques à l'appui, la conséquence de cette propagande des ennemis de l'enfant qui est la dépopulation et pose le dilemme angoissant à la France : *Des enfants ou la mort.*

L'enfant a cependant *un ami, c'est le médecin.*

Le médecin sait la grandeur du foyer familial (Dr Monsaingeon); il sait ce que l'enfant enseigne aux parents (M. Pierre Nobécourt de l'Académie de médecine) ; ce sont le but de la vie, l'altruisme, le goût du travail, la tenue morale, la modestie, la volonté. Le médecin sait que les berceaux protègent le foyer et le Dr Aurenche conte quelques histoires qui ont la banalité de choses vécues.

Suit une série d'illustrations démonstratives dont les sujets sont les suivants : La maternité donne à la femme son équilibre ; avoir des enfants est une nécessité physiologique ; le contact avec les jeunes conserve la jeunesse ; la maternité embellit la femme.

M. Louis Gillet, de l'Académie française, dans un article brillant, traite de *la Maternité dans l'art* ; et le Dr A. Cauchois commente une illustration qui représente la petite fille, la sœur, la fiancée et l'épouse.

La brochure se termine par une grande gravure colorée dont la légende est : *Et en fondant une famille elle accomplit sa destinée*, qui représente les visages réjouis d'un jeune ménage, accompagné de trois beaux enfants souriants.

En publiant cette brochure, le commissariat général de la Famille a fait de l'excellente propagande auprès du Corps médical. Il était bon de rappeler aux médecins les arguments en faveur de la famille pour les servir à l'occasion à leurs clients et surtout à leurs clientes.

J. NOIR.



ORDRE DES MÉDECINS

Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la région sanitaire de Paris

Un rehaussement des honoraires de clientèle privée est envisagé dans la Seine.

Les nouveaux tarifs seraient vraisemblablement de cet ordre :

Consultation : 40 francs ;
Visite : 50 francs ;
Chiffre-clé (pratique médicale courante) : 25 francs ;
Accouchement : 1.250 francs ;
Chiffre-clé (chirurgie et spécialités) : 25 francs.

Toutefois l'adoption de la nouvelle nomenclature peut modifier ces prévisions.

Conseil départemental de Seine-et-Oise

Relèvement du tarif d'assistance médicale gratuite :

L'arrêté préfectoral portant relèvement des tarifs d'Assistance médicale gratuite (assistés non assurés sociaux) est paru.

ARTICLE 1er. — Les tarifs des soins médicaux en matière d'assistance médicale gratuite à domicile (assistés non assurés sociaux) sont modifiés ainsi qu'il suit à dater du 1er avril 1942 :

a) Actes médicaux :

Consultation	18 francs
Visite de jour	27 francs
Visite du dimanche ou jour férié	36 francs
Visite de nuit (de 21 heures à 7 heures)	54 francs

b) Petites interventions chirurgicales :

c) Accouchements :

Accouchement simple	450 francs
Accouchement gémellaire ..	540 francs
Forceps, version (en supplément de l'accouchement).	225 francs
Délivrance artificielle, périnéorraphie (en supplément de l'accouchement)	135 francs

Les actes chirurgicaux de nuit seront majorés de 50 % avec minimum d'honoraires de 60 francs.

La sous-commission technique prévue à l'article 36 du réglement du service départemental d'assistance médicale gratuite à domicile est habilitée à statuer, sur explications écrites du médecin traitant, pour fixer les honoraires dûs pour les actes médicaux et chirurgicaux non prévus dans le présent arrêté.

ARTICLE 2. — L'indemnité de déplacement est fixée, à dater du 1er avril 1942, à 2 francs par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retour, la distance étant calculée de la mairie du domicile du médecin au domicile du malade. Cette indemnité ne pourra jamais excéder l'indemnité attribuable au médecin le plus rapproché. Ce tarif est applicable rétroactivement à dater du 1er avril 1942.

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32



PARTIE SCIENTIFIQUE

TRAITEMENT DES ORCHITES AIGUES PAR LES INFILTRATIONS ANESTHÉSIQUES DU CORDON

Par le Docteur Louis BERGOUIGNAN, d'Evreux
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

S'il est une affection dont les douleurs sont souvent intolérables, c'est bien l'orchite aiguë. Le malade, immobile dans son lit, craignant le moindre mouvement, supplie son médecin de le soulager.

L'immobilisation sur planchette, l'application *loco dolenti* de substances anesthésiques, la prescription de suppositoires sédatifs, n'ont qu'un effet bien limité, et il n'est pas rare que le médecin soit obligé d'avoir recours à la morphine ou ses succédanés pour soulager son malade.

Il est pourtant un procédé simple, rapide, efficace, et qui, non seulement fait disparaître le symptôme douleur, mais a encore une action heureuse sur l'évolution de la maladie dont il raccourcit sensiblement la durée : je veux parler de l'infiltration anesthésique du cordon spermatique.

Je ne revendique nullement la paternité de ce procédé. J'en ai lu la description, il y a de nombreuses années, dans la *Presse médicale*, mais je n'ai pu retrouver l'article, et je m'excuse auprès de l'auteur si je ne cite pas son nom. Ce qui m'incite à publier aujourd'hui cette petite note, c'est que j'ai l'impression que le procédé est peu connu des praticiens. Autour de moi, je l'ai recommandé bien souvent, et j'ai eu la sensation que mes confrères en entendaient parler pour la première fois.

Toutes les orchites aiguës, ou plus exactement les orchiépididymites, sont justiciables de ce traitement : qu'elles soient gonococciques, colibacillaires, ourliennes, traumatiques ou autres. J'en excepte simplement, mais c'est ici l'affaire du spécialiste, les orchites des urinaires après la mise en place d'une sonde à demeure, et qui cèdent immédiatement à la ligature des déférents.

Plus précoce sera le traitement, meilleur sera le résultat. Il ne faut donc pas hésiter à le mettre en œuvre dès la première constatation de la maladie.

Technique. — Elle est très simple :

Le matériel : une seringue de 20 c. c. ; une aiguille de 4 ou 5 cent. de long ; de 8/10e de millim. de diamètre.

La solution anesthésique : toutes sont bonnes, novocaïne ou ses succédanés, en dilution à 1 pour 200.

La seringue étant chargée de 20 c. c. de solution, on prend entre le pouce et l'index de la main gauche, à la racine des bourses, l'ensemble du cordon spermatique. C'est chose très facile, sauf chez les sujets obèses.

On enfonce alors l'aiguille, en la dirigeant en bas et en dedans, en plein dans le cordon, et, comme celui-ci est pratiquement sous la peau, il suffit d'enfoncer d'environ 3 cent. S'il s'écoule un peu de sang par le pavillon de l'aiguille, on la retire un peu. On met alors la seringue en place et on pousse lentement la solution anesthésique.

Presque instantanément, ou tout au moins dans les minutes qui suivent, le malade est soulagé. Il ne souffre absolument plus, et l'on peut sans difficulté manier le testicule, ce qui, d'ailleurs, permet un examen plus complet des lésions.

Quelle est la durée de cette anesthésie ? En général plusieurs heures, après lesquelles le malade recommence à souffrir, et réclame souvent lui-même une nouvelle injection. On pourra lui donner satisfaction douze heures environ après la première piqûre, et, le plus souvent, trois ou quatre infiltrations seront suffisantes. En effet, cette méthode a, comme nous l'avons dit, non seulement une action remarquable sur l'élément douleur, mais encore une action sur l'évolution même de la maladie, qu'elle raccourcit de plusieurs jours.

Son innocuité est certaine ; je n'ai jamais vu d'incidents. La piqûre d'une veine spermatique ne présente aucune gravité, si l'on s'en est aperçu avant de faire l'injection, et il suffit pour cela de n'adapter la seringue qu'après avoir enfoncé l'aiguille. Pour plus de sûreté, on peut même aspirer un peu avant d'injecter pour voir s'il ne vient pas de sang.

Que ceux de mes confrères qui me font l'honneur de me lire essayent ce procédé à la première occasion ; ils seront certains d'un succès thérapeutique rapide, et les malades leur en seront reconnaissants.

SUR L'INTERPRÉTATION D'UNE TENSION ARTÉRIELLE MAXIMA DE 28 CM. DE HG

Par R. HEIM DE BALSAC,
Chef de Laboratoire à la Faculté
(Clinique Cardiologique,
Hôpital Broussais-La Charité)

L'hypertension artérielle n'est qu'un symptôme et vouloir de ce symptôme conclure quasi automatiquement à une maladie est une erreur grossière, mais hélas souvent commise.

L'exemple que nous rapportons illustre parmi beaucoup d'autres, comment un chiffre tensionnel en lui-même exact a conduit à un diagnostic et à une thérapeutique erronés.

Mme C..., âgée de 63 ans, est une femme active. Ayant toujours bénéficié d'une excellente santé, n'avouant aucun antécédent familial ou personnel

notable, elle ressent depuis juin 1941, une série de troubles : dyspnée, assez légère à vrai dire, mais nette aux efforts (marche et surtout port de paquets), ne s'accompagnant ni de palpitations, ni d'aucune douleur thoracique, et diverses « faiblesses » ou même lipothymies ou syncopes qui surviennent à coup sûr depuis un an ou deux, lorsque sa tête est chauffée par un lavage à l'eau trop chaude ou l'application d'une « ondulation permanente ».

Un médecin consulté a découvert une tension élevée et s'est efforcé de la diminuer par des hypotenseurs qui tous, mal supportés, provoquent eux aussi des malaises à type de vertiges, brouillards devant les yeux, flageolement des jambes, défaillances.

Un autre médecin ayant décelé une grosse aorte, lui a imposé en outre un repos complet et un régime très sévère, presque entièrement végétarien, qui s'oppose diamétralement aux habitudes de forte mangeuse et même d'intempérance dont elle se flatte.

Enfin, le frère de cette femme vient de mourir subitement, en pleine santé, mais à 77 ans, suivant en cela l'exemple de ses père et mère et celui de plusieurs autres membres de la famille. Cette cascade d'émotions sont intensément répercutés sur le fond émotif de cette arménienne, si bien que c'est une malade littéralement affolée qui, venant d'une lointaine province, se présente devant nous, redoutant de notre examen un verdict terrible.

En outre, sans que cela ait paru retenir l'attention de personne, Mme C., qui depuis l'apparition de tous ses troubles, prend son pouls plusieurs fois par jour, a remarqué que celui-ci battait régulièrement, mais lentement, à 40 et parfois même à 34 par minute. Elle est dans l'incapacité de dire quel était son rythme voici quelques années.

L'examen objectif permet de noter :

— Etat général et aspect satisfaisants pour une personne de 63 ans qui, obèse ces dernières années, présente, malgré un gros amaigrissement, une corpulence encore respectable.

— Rythme cardiaque régulier, bradycardie à 44 par minute environ, influencé mais peu par les changements de position et l'épreuve d'effort que nous lui demandons.

— Bruits nettement et fortement frappés ; l'intensité du premier bruit est variable, en particulier toutes les cinq ou six révolutions, il est renforcé, plus sonore, plus éclatant qu'aux autres systoles ; pas de souffle ni de galop (absence de systoles en écho).

— La tension systolique est très élevée : 28 cm. de HG à l'humérale, tandis que la diastolique est normale ; 9 cm. de HG.

— Artères périphériques non sinueuses, non indurées.

— Respiration normale, légèrement emphysémateuse.

— Foie, rate, reins normaux.

— Réflexes tendineux et pupillaires normaux.

Radioscopie : thorax régulier, bonne transparence pulmonaire avec légère hyperclarté, accentuation de la trame, élargissement et horizontalité des espaces intercostaux (thorax sénile) ; diaphragmes assez réguliers, d'ampliation un peu faible.

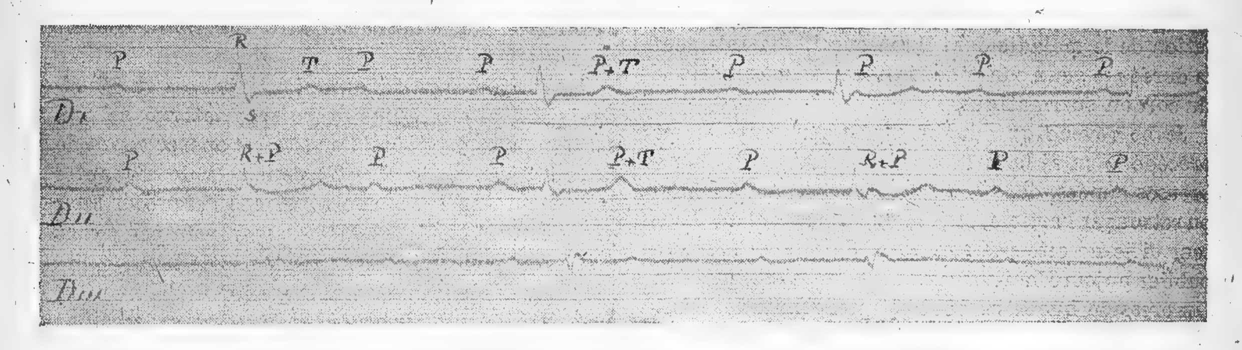
Cœur couché, régulier de forme, mais franchement augmenté de volume dans sa portion ventriculaire qui est ovoïde et plonge modérément dans l'ombre diaphragmatique. Le bord gauche et la pointe sont un peu convexes et animés de battements lents et de forte amplitude. Le bord droit également un peu convexe présente des battements plus fréquents que le bord gauche. Ces contractions auriculaires sont en particulier bien visibles lorsque le ventricule est presque immobile pendant les pauses diastoliques.

Le pédicule est un peu large du fait de la visibilité sur son bord gauche de la projection de l'aorte descendante. Les hiles sont formés par des artères pulmonaires à peine accusées.

En obliques, l'aorte apparaît franchement déroulée et large, mais régulière en O. A. G., tandis qu'en O. A. D., elle décrit au niveau de la crosse une inflexion en « col de cygne ».

Electro-cardiogramme. — Dans les trois dérivations apparaît une dissociation auriculo-ventriculaire complète typique. Les ondes auriculaires P se succèdent avec régularité et fixité toutes les 0'' 50 (120 fois par minute).

Elles tombent tantôt en un point quelconque de la pause diastolique, tantôt en un point quelconque du complexe ventriculaire dont elles sont totalement indépendantes.



Les complexes ventriculaires Q R S T ont un rythme également régulier et fixe apparaissant toutes les 1''22 (48 fois par minute). Ils sont peu altérés, quoique peu amples, élargis et déformés au niveau de S. L'axe semble perpendiculaire à D III.

Examens complémentaires :

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Un examen de sang pratiqué il y a quelques semaines donne : Azotémie : 0,26 %°, Glycémie : 1,08 %°, Réactions sérologiques : négatives.

***

Cette malade a donc été considérée comme une hypertendue, puis comme une aortique. Ces deux constatations instrumentales : la prise de la tension et l'examen radiologique de son aorte sont exacts, mais l'erreur a consisté à les considérer isolément en négligeant les autres symptômes et en n'attribuant pas à chacun la valeur qu'il possède.

En l'occurrence, l'élément capital est sa bradycardie qui est régulière, fixe, influencée — mais

peu — par les changements de position, les efforts, la mise en marche de l'électro-cardiographe, etc. Elle semble isolée en ce sens qu'elle ne s'accompagne d'aucune autre anomalie cardiaque : les bruits sont bien frappés, simplement séparés par une longue diastole. Mais cette bradycardie s'accompagne de troubles fonctionnels évocateurs : malaises, défaillances, lipothymies et même syncopes sans toutefois que des éléments convulsifs aient été signalés par la malade ou son entourage. Ainsi se trouve constitué le syndrome très particulier d'Adams Stokes.

Une auscultation un peu prolongée montre que l'intensité du premier bruit est variable et que toutes les cinq à six révolutions, il a une sonorité très accrue qui éclate sous l'oreille. Cette particularité, dite «bruit de canon», a une grande valeur diagnostique puisqu'elle est pathognomonique d'une dissociation auriculo-ventriculaire complète. Elle serait due non pas — comme le pensaient Clarac et Pezzi — à la contraction simultanée des oreillettes et des ventricules, mais à une résonnance particulière de l'appareil auriculo-ventriculaire lorsque dans une dissociation, la systole ventriculaire est précédée de peu par celle de l'oreillette (Lian).

L'absence de systoles en écho (Huchard), c'est-à-dire de bruits auriculaires isolément perçus au cours des pauses diastoliques n'est pas exceptionnelle. Ce fait permet-il de penser qu'en l'occurrence, le myocarde est tonique et suffisant, puisqu'il ne réagit pas — comme lorsqu'il y a galop — par une vibration tactile et sonore à l'injection d'une ondée auriculaire dans le ventricule ? Ces « systoles en écho » n'ont-elles pas été qualifiées de « galop du bloc » (Gallavardin). Le fait n'est pas admis sans discussion par tous les cardiologues.

Retenons simplement que la seule clinique peut déterminer l'origine de ce syndrome d'Adams-Stokes. Il s'agit, en effet, d'une dissociation auriculo-ventriculaire complète dont l'électro-cardiogramme nous affirme la réalité et les modalités : l'indépendance et la rapidité différente des deux rythmes auriculaire et ventriculaire. L'absence de modifications importantes dans la morphologie des complexes rapides est un élément favorable, car il indique que le myocarde ventriculaire générateur de l'activité électrique enregistrée n'est qu'à peine altéré.

L'examen radiologique confirme cette impression : le cœur non déformé est augmenté de volume dans sa portion ventriculaire, mais cet accroissement volumétrique est modéré et des battements amples (faciles à observer du fait du ralentissement du rythme), indiquent les possibilités contractiles que possède toujours ce cœur malgré son trouble rythmique et ses 63 ans. En examinant simultanément les deux contours droit et gauche de la masse cardiaque, on observe avec facilité la dissociation (la non-concordance) des contractions auriculaires (bord droit du cœur) ou ventriculaires (bord gauche du cœur), celles-là étant beaucoup plus fréquentes que celles-ci.

L'écran, à lui seul, apporte une autre donnée : il montre l'état de l'aorte. Ce vaisseau est indiscutablement altéré : déroulé, large, sinueux, mais régulier. L'absence d'antécédents, la négativité des réactions sérologiques, l'âge de la malade et la parfaite tolérance de cette modification aortique s'accordent pour attribuer à cette aortite une étiologie banale : scléro-athéromatose sénile sans qu'il y ait lieu d'incriminer un processus spécifique ; la syphilis en l'occurrence.

L'atteinte vasculaire, ainsi mise en évidence, explique à son tour l'origine du blocage auriculo-ventriculaire qui, complet, persistant, stable, relève vraisemblablement non d'un trouble fonctionnel variable et passager, mais d'une interruption définitive de la conduction hisienne qui relie l'oreillette et le ventricule et permet à l'incitation sinusale d'agir sur le ventricule pour en provoquer la contraction. La petite branche coronaire qui irrigue le faisceau de His est-elle totalement ou partiellement sclérosée ou thrombosée ? et cette région particulièrement sensible du myocarde différencié est-elle le siège d'une myocardite parcellaire ? Ces deux hypothèses sont également vraisemblables.

Quoiqu'il en soit, le *primum movens* de cette cardiopathie est une atteinte vasculaire étendue à l'aorte et aux vaisseaux nourriciers du cœur et cette aorto-myocardite sénile affirmée par les diverses méthodes d'exploration que nous avons employées explique toutes les manifestations décrites ou observées.

Les premiers accidents syncopaux apparus, il y a deux ans, correspondent sans doute au début de l'atteinte hisienne, à une phase de blocage (de dissociation) dite incomplète, plus ou moins passagère, transitoire, mais l'évolution vasculaire ou myocardique se poursuivant, la phase de blocage (de dissociation) complète a été atteinte et avec elle s'est affirmée la dyspnée.

Jusqu'ici cependant, cette aorto-myocardite sénile semble limitée à la région hisienne, le reste du myocarde étant toujours capable de remplir sa tâche. Il faut voir dans l'augmentation modérée du volume ventriculaire plus une réaction hypertrophique d'adaptation tonique qu'une dilatation signant une déchéance profonde du myocarde. Il n'y a pas d'insuffisance cardiaque affirmée, tout au plus pouvons-nous en redouter l'apparition à plus ou moins brève ou longue échéance.

Que faut-il alors penser de l'élévation tensionnelle qui semble avoir dominé les préoccupations thérapeutiques.

Remarquons qu'elle est seulement systolique,

la diastolique est normale, la différentielle considérable. Y a-t-il là quelque chose d'étonnant ? Ce cœur au rythme ralenti a une diastole, c'est-à-dire une période de remplissage double de la norme, c'est donc à chaque contraction ventriculaire un flot sanguin considérablement augmenté qui est injecté dans l'aorte. D'autre part, le myocarde ventriculaire bénéficiant d'une pause longue peut, lorsqu'il entre en action, dépenser une énergie accrue. L'ondée est ainsi à la fois plus volumineuse et plus énergique. Il est dès lors nécessaire que la pression de cette ondée soit élevée et atteigne ce chiffre impressionnant de 28 cm. de Hg, mais le coup de bélier hydraulique passé, il n'y a plus de trouble tensionnel, la diastolique est normale à 9 cm. de Hg. La transmission systolique ne peut, d'autre part, avoir lieu que si les tuniques vasculaires ont encore une bonne élasticité. La palpation des artères périphériques ne révèle, en effet, ni dureté, ni sinuosité de ces vaisseaux.

Cette tension artérielle systolique élevée n'a donc rien d'effrayant. Elle constitue même un élément de bon fonctionnement circulatoire, de bonne adaptation de l'organisme à un nouvel équilibre à défaut duquel l'irrigation cérébrale deviendrait insuffisante. Une preuve de la véracité de ce raisonnement nous est fournie par les essais thérapeutiques qui ont eu lieu : aussitôt que des hypotenseurs ou un chauffage intempestif de la tête modifient la circulation cérébrale, apparaissent des troubles que la malade nous a décrits. Peut-on dans de telles conditions, parler chez cette malade d'hypertension ? Nous ne le pensons pas ; surtout si ce terme sous entend, comme c'est une habitude médicale hélas répandue, un état pathologique.

L'analyse clinique de ce cas conduit donc au diagnostic du syndrome d'Adam s Stokes par dissociation auriculo-ventriculaire complète, conséquence d'une aorto-myocardite sénile encore peu étendue et relativement bien tolérée chez une grande neurotonique de 63 ans.

L'absence d'insuffisance cardiaque manifeste, le bon état général de la malade et le fait que, dans sa famille, on ne meurt guère qu'entre 75 et 80 ans, sont des éléments pronostics favorables et d'autant plus importants qu'ils vont guider notre thérapeutique.

Pourquoi en effet, imposer à cette malade un repos complet et un régime sévère ; c'est contrarier sans raison valable ses tendances instinctives et donner une justification à ses inquiétudes. Pourquoi lui prescrire des hypotenseurs dont les effets se révèlent nocifs ?

Nous croyons au contraire indispensable de rassurer cette malade en lui exposant toutes les raisons que nous trouvons favorables dans son cas et pour quoi nous n'attribuons pas à son élévation tensionnelle une signification fâcheuse. Et ce faisant, nous avons vu son faciès inquiet se détendre cependant qu'elle se libérait d'une obsession.

L'absence d'insuffisance myocardique s'oppose à toute prescription de toni-cardiaque, mais son état vasculaire ne peut que bénéficier de prises régulières de vaso-dilatateurs coronariens.

D'autre part, cette neurotonique, tourmentée par sa race, son sexe, son âge, sans compter les ennuis divers que les circonstances présentes ne nous ménagent pas, appelle des médications calmantes, variées et répétées.

Enfin, le meilleur agent qui s'oppose à l'évolution sciéro-sénile de ses organes n'est-il pas l'iode ?

Nous autorisons une activité modérée en rapport avec l'âge et l'alimentation aussi substantielle et agréable que les temps présents le permettent.

LA VACCINATION B. C. G. PAR LA MÉTHODE DES SCARIFICATIONS CUTANÉES

Calmette et Guérin, dans leur technique princeps de vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. utilisaient la voie buccale chez le nouveau-né, technique qui a permis d'établir la valeur de cette vaccination et qui continue d'ailleurs à être journellement employée. Puis, Sheel, Heimbeck, Wallgren, dans les pays scandinaves, Weill-Hallé, en France, ont eu recours à l'injection sous-cutanée du vaccin, plus active et mieux adaptée aux sujets plus âgés, aux adolescents. Il y a trois ans, enfin, en janvier 1939, aux Etats-Unis, S. R. Rosenthal a proposé une méthode nouvelle de vaccination au B. C. G. par piqûres multiples de la peau. Sa méthode, appliquée chez le cobaye, consistait à déposer sur la peau rasée de l'animal, une goutte de B. C. G. et à pratiquer avec une pointe d'aiguille, trente piqûres au travers de chaque goutte. Six à quinze jours plus tard, on perçoit dans la zone d'imprégnation des petits nodules de la grosseur d'une tête d'épingle. Chez les animaux vaccinés de cette façon, l'intradermo-réaction devient positive dans un délai de huit jours à neuf mois, et reste positive pendant trois ans. Nègre et Bretey ont confirmé les expériences de Rosenthal, concluant que la méthode des scarifications est, dans la production de l'allergie, très supérieure à la méthode buccale et au moins égale aux autres vaccinations parentérales.

Les travaux expérimentaux de Rosenthal, de L. Nègre et J. Bretey, ont conduit Weill-Hallé à remplacer, dans la vaccination B. C. G. humaine, toute autre méthode de vaccination parentérale par de simples scarifications suivies d'application locale de l'émulsion vaccinale.

La technique de la vaccination B. C. G. par scarifications est très simple. Dans un opuscule que viennent de faire paraître B. Weill-Hallé et Marie-Andrée Lagroua (1), ces auteurs indiquent ainsi la technique de cette méthode :

(1) La vaccination contre la tuberculose par le B. C. G. Méthode des scarifications cutanées, 1942, Doin, édit.

Une condition essentielle, préalable à la vaccination par le B. C. G., est la certitude de la non-contamination antérieure du sujet, certitude obtenue par l'épreuve tuberculinique. Inutile, s'il s'agit d'un nouveau-né isolé de toute contagion dès la naissance, l'épreuve de la cuti-réaction doit être faite préalablement à toute vaccination d'enfants ou d'adolescents.

Rappelons en quelques mots la technique de l'épreuve de la cuti-réaction de Pirquet : *a*) déposer sur la peau une goutte de tuberculine brute de l'Institut Pasteur ; *b*) pratiquer au travers de cette goutte une scarification de 5 mm. qui atteindra le derme et devra faire apparaître une ligne cruentée ou légèrement saignante. Laisser l'imprégnation se prolonger deux ou trois minutes et recouvrir d'une gaze maintenue par des lanières d'emplâtre adhésif. Lire la réaction après 48 heures en moyenne.

Si le sujet appartient à un milieu sain, la cuti donne une garantie suffisante. Si le sujet appartient à un milieu suspect, l'infection pouvant être latente malgré une réaction négative, refaire l'épreuve de Pirquet après un délai d'isolement de 2 à 3 mois.

Donc, la cuti-réaction négative ayant montré que le sujet n'est pas allergique, procéder comme suit à la vaccination :

Choisir un vaccin récent (l'étiquette apposée à l'Institut Pasteur porte une date limite d'utilisation), l'employer sans délai (gardé à l'abri de la chaleur, il se montre efficace encore une semaine), s'adresser à la concentration spéciale de 2 centigr. par c. c. (vaccin B. C. G. S. P. de l'Institut Pasteur pour vaccinations cutanées), fixée par M. Guérin.

Les régions d'élection sont le bras pour le nourrisson, la face externe du bras ou du mollet pour les sujets plus âgés. L'ampoule de vaccin, vigoureusement agitée pour homogénéiser le vaccin, est coupée d'un trait de lime. Ayant prélevé au compte-gouttes l'émulsion vaccinale, l'opérateur saisit de la main gauche le bras de l'enfant, le maintient horizontal et y dépose quatre gouttes de vaccin distantes de 1, 1/2 à 2 c. m. La peau du bras bien tendue, on trace avec le vaccinostyle, à travers les gouttes (le bras maintenu horizontal pour éviter l'écoulement des gouttes), 4 traits longitudinaux, puis 4 traits perpendiculaires, traçant ainsi 4 croix superposées de 1 cent. 1/2. Ces scarifications doivent atteindre le derme et faire apparaître de fines gouttelettes de sérosité sanguine qui se mêlent au vaccin. Après trois à quatre minutes, appliquer un léger pansement fixé par des bandelettes adhésives.

Les suites sont des plus simples. Réactions générales nulles. Localement, au bout d'un temps variable, les scarifications, qui s'étaient plus ou moins effacées, reparaissent en traits rouges, légèrement saillants. Du 10e au 30e jour, ces caractères s'accentuent, puis au bout de quelques semaines, voire de 2 à 6 mois, la peau reprend son aspect normal.

A la fin du premier mois, pour apprécier l'état d'imprégnation immunisante, l'état d'allergie procuré par la vaccination, on fera à nouveau une cuti-réaction. Se rappeler que la réaction positive post-vaccinale présente rarement l'intensité des réactions obtenues au cours de l'infection virulente. Noter, comme indices de positivité, non seulement la rougeur mais aussi l'infiltration cutanée perceptible au doigt. Si l'épreuve est négative, la renouveler au bout d'un mois : on est autorisé à renforcer la vaccination par de nouvelles scarifications, si cette autre épreuve est encore négative. Les sujets vaccinés doivent d'ailleurs être mis à l'abri de toute contamination jusqu'au virage de la cuti-réaction.

La durée de l'allergie cutanée alors obtenue est variable : un an, deux ans, trois ans. M. Weill-Hallé onseille de contrôler cette allergie par des cuti-réactions répétées tous les six mois. On saisira de cette façon, le moment opportun des revaccinations. Ajoutons que les résultats de la vaccination au B.C.G. par scarifications paraissent nettement supérieurs à ceux de la vaccination par voie buccale.

Entre les mains des praticiens, conclut M. Weill-Hallé, la vaccination B. C. G. par scarifications pourra constituer une arme puissante de lutte anti-tuberculeuse.

P. LACROIX.

Les Livres qui viennent de paraître...

Chez J.-B. BAILLIÈRE et fils
19, rue Hautefeuille, Paris

Lucie RANDOIN et Alfred ROSSIER. — **Régimes, vitamines et équilibre alimentaire.** VERS UNE THÉRAPEUTIQUE NOUVELLE. Un vol. (collection : Les thérapeutiques nouvelles), 72 p., 1942. Prix : 32 francs.

Prof. agrégé Camille LIAN. — **Les régimes des cardiaques.** Un vol. (collection : Les thérapeutiques nouvelles), 48 p., 1942. Prix : 18 francs.

Docteur G. MONTANDON. — **Technique du traitement de la psychasthénie par la méthode Vittoz.** Un vol., 1942, 76 p., 62 fig., 20 francs.

Editions de l'ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE
24, rue Négreneys, Toulouse,
et 18, rue Séguier, Paris

Recueil périodique de l'encyclopédie médico-chirurgicale. Cahier spécialisé : POUMON, PLÈVRE, MÉDIASTIN, n° 9.

CHEZ MASSON ET CIE
120, boulevard Saint-Germain, Paris

P. WILMOTH, prof. agrégé à la Faculté de Paris et L. LÉGER, chef de clinique chirurgicale. — **Le sinus carotidien.** PHYSIOPATHOLOGIE ET CHIRURGIE. Préface du Prof. Lenormant. Un vol., 160 p., 18 fig. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications). Prix : 32 francs.

H. SIMONNET, Professeur à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et M. ROBEY, interne des hôpitaux de Paris. — **Les Androgènes.** ETUDE BIOLOGIQUE, CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE. Un vol. 268 p. avec 15 fig. 100 fr.

Imprimerie BIÈRE
18, rue du Peugue, Bordeaux

Docteur Etienne GINESTOUS, ophtalmologiste de l'hôpital suburbain de Bordeaux. — **L'œil, la vision, en puériculture.** Une broch. 48 p. Prix : 15 francs.

PUBLICATIONS
DU JOURNAL DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

Prof. C. LEPOUTRE. — **Les traumatismes du bassin** (fractures et luxations). Un vol., 50 p., avec 22 fig. et 43 pl. hors-texte, 1942.

LÉPINE, éditeur
39, rue d'Amsterdam, Paris

L'Année Médicale pratique. XXIe ANNÉE, *édition* 1942, publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon. Préface du Professeur E. Sergent. Un vol. in-16, 500 p., 1 fig. Prix : 55 francs.

Les Sociétés savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Enquête sur le poids et la taille d'écoliers parisiens en 1941

(MM. GOUNELLE, VALLETTE et MOINE ; 14-4-1942)

D'une enquête sur le poids et la taille d'un millier d'écoliers parisiens en 1941, les auteurs concluent à une baisse dans la croissance staturale et pondérale des enfants, du moins dans le milieu des écoles communales du XIII[e] arrondissement qu'ils ont observé. Ce fait concorde avec les résultats d'enquêtes poursuivies dans d'autres milieux.

Diminution du poids des nouveau-nés à la Maternité de Dijon

(MM. F. BARON et R. AUDRY ; 21-4-1942)

Les auteurs ont constaté, à la Maternité de Dijon, une diminution du poids moyen des enfants nouveau-nés. Il semble bien que cette baisse de poids soit due aux fatigues réitérées de la vie journalière et aux restrictions alimentaires, spécialement des glucides, pendant la dernière partie de la grossesse. Malgré cette perte de poids à la naissance, les nouveau-nés paraissent avoir jusqu'à présent une vitalité bonne. Néanmoins, une surveillance plus minutieuse encore de la femme enceinte et des nouveau-nés apparaît nécessaire.

Sur le rôle de la syphilis dans un service de médecine générale

(MM. LANGERON et CORDONNIER, de Lille ; 21-4-1942)

MM. Langeron et Cordonnier présentent une note statistique sur la fréquence et le rôle de la syphilis dans un service de médecine générale, d'après leurs observations prises à la clinique médicale de la Faculté libre de Lille. Sur 347 malades examinés au point de vue sérologique, ils ont trouvé 254 réactions positives et 93 négatives, soit une proportion de 26 % de syphilis latentes. Il s'agissait de syphilis tardives, avec forte prédominance des syphilis nerveuses (183 cas), prédominance aussi des localisations cardio-aortiques (84 cas), chiffre encore notable de syphilis pulmonaire (29 cas), ostéo-articulaire (28 cas) et hépatique (18 cas). La syphilis pulmonaire, souvent considérée comme une rareté, a été ici plus fréquente que la syphilis hépatique.

Sur les essais de réadaptation de certains états mentaux dans un but d'utilisation sociale

(M. Henri CLAUDE ; 28-4-1941)

Un effort est à réaliser pour ramener à une utilisation sociale pratique un groupe de malades mentaux qui, sans occupations dans nos établissements publics, sont une charge pour l'Etat et constituent un abandon déplorable au point de vue moral.

Pour atteindre ce but, il convient d'établir d'abord une discrimination dans les différents troubles mentaux, une distinction entre ceux qui peuvent être traités et ceux qui paraissent au-dessus des ressources de la thérapeutique. Instituer alors le traitement physique (de choc) le plus tôt possible, puis le traitement psycho-biologique et suivre ces malades.

Chirurgie conservatrice en gynécologie

(M. Pierre MOCQUOT ; 28-4-1942)

La statistique de M. Pierre Mocquot, portant sur 628 opérations pratiquées en six ans, et l'étude globale de ces cas lui paraissent faire ressortir l'importance des opérations conservatrices dans la pratique gynécologique.

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Sur le traitement des plaies par l'application de plaques d'aluminium

(M. G. MÉTIVET ; 11-3-1942)

M. Métivet relate un cas observé par son interne, M. Arnavielhe, qui a traité une vaste ulcération de la région trochantérienne, existant depuis huit mois, par l'application de plaques d'aluminium. Les pansements furent faits tous les huit jours. En cinq semaines, une cicatrice épaisse mais souple fut obtenue.

Abcès centro-linguaux et angine de Ludwig

(M. J.-M. VERNE. — Rapport de M. MOULONGUET ; 11-3-1942)

M. Moulonguet a déjà, dans des études antérieures, signalé les relations des abcès centro-linguaux et de l'angine de Ludwig. Il rapporte aujourd'hui, au nom de M. Verne, deux observations, l'une avec le tableau typique de l'angine de Ludwig, l'autre avec tuméfaction sous-angulo-maxillaire droite, état général grave. Dans les deux cas, le pus était collecté à la région médiane, profondément dans la langue. M. Moulonguet maintient donc les conseils qu'il donnait sur le traitement des infections graves, à forme toxique, du plancher buccal : inciser sur la ligne médiane et chercher le pus, à bout de pince, dans la région centro-linguale. S'il y est trouvé, le malade peut être sauvé

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Etude d'une ration déterminant la pellagre

(H. GOUNELLE, R. MANDE et M. BACHET ; 13-3-1942)

La confrontation de deux régimes énergétiquement équivalents (1700 et 1800 calories) permet de préciser que leur teneur en vitamine PP assimilable est comparable, et cependant l'une détermine la pellagre en milieu asilaire, l'autre ne la détermine pas chez des citadins. Or, il est à remarquer que la ration pellagrogène, contrairement à l'autre, présente un déficit caractérisé pour les protides et les lipides d'origine animale ; en bref, l'anicotinose du pellagreux dépend essentiellement d'une carence en protides animales ; mais il faut également invoquer, dans ce même ordre d'idées, d'autres carences, certains déséquilibres nutritionnels. Ce dernier point explique qu'en cas de restrictions alimentaires frappant une population, c'est toujours dans les asiles d'aliénés, de vieillards, dans les prisons ou les orphelinats que débutent les premiers cas de pellagre en série, sans parler des œdèmes de carence : en effet, le régime strict, sans écarts ou irrégularités, des prisons et des asiles, facilite au mieux l'épuisement des réserves d'amide nicotinique, que possède normalement le foie, et qui sont nécessaires pour éviter l'état de pellagre.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance de février 1942

L'ostéosynthèse dans les fractures ouvertes récentes et dans les fractures infectées

M. MASMONTEIL rapporte des observations d'ostéosynthèses pratiquées les unes dans une série de fractures ouvertes récentes, et une autre dans un cas de fracture ouverte infectée, grave. Cette dernière est particulièrement instructive, car la prothèse fut placée dans un foyer en pleine suppuration. Le blessé fut consolidé et cicatrisé en quatre mois dans des conditions parfaites, évitant de justesse l'amputation conseillée par tout l'entourage chirurgical.

Les succès obtenus tiennent à l'emploi systématique des nouvelles prothèses en alliage incorrosible. Tandis que les anciennes prothèses produisaient de l'ostéolyse qui entraînait le dévissage des vis, le relâchement des cercles, les nouvelles maintiennent solidement les fragments jusqu'à leur consolidation. Avec les anciennes, un galvanomètre sensible décelait l'existence d'un courant important allant de la prothèse à l'os ; avec les nouvelles, il ne se produit qu'un courant très faible allant de l'os à la prothèse.

A propos de l'emploi du bouton en chirurgie gastro-intestinale

(M. LUQUET)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance des 28-3-1942

Hyperfolliculinémie et obstétrique

Prof. VIGNES. — Pendant la grossesse, la maturation ovulaire, le rut et la menstruation sont supprimés, mais il y a des exceptions, et, d'autre part, les atrésies folliculaires sont très nombreuses. La production de folliculine est considérable, mais cette inondation est endiguée par divers mécanismes. L'avortement par injection de folliculine est possible, mais il est inconstant. Peut-être existe-t-il des avortements spontanés, liés aux maturations ovulaires excessives de l'ovarite sclérokystique et à une production considérable de folliculine.

Hyperfolliculinémie et neuro-psychiatrie

Docteurs J. LHERMITTE et AJURIA-GUERRA. — Après avoir rappelé les données expérimentales, les auteurs exposent les faits cliniques qui démontrent que l'hyperfolliculinémie peut être à la base de certaines manifestations psychiques telles que la manie, la confusion, l'onirisme. D'autre part, nombre de syndromes apparaissent en relation avec la menstruation : l'épilepsie, la migraine, les épisodes d'agitation ou de dépression qui caractérisent la psychose maniaco-dépressive. Enfin, il est curieux d'observer que les crises d'hypersomnie prolongée peuvent être, elles aussi, rythmées par les règles. Sans doute, le problème des relations qui unissent l'hyperfolliculinie et ces manifestations morbides neuro-psychiques n'est pas encore complètement éclairci, mais déjà certains faits sont acquis qui jettent une nouvelle lumière sur les affections d'origine si obscure qui constituent la psychiatrie.

Méthode de drainage intermittent de la cavité cervico-utérine. Procédé dérivé de la méthode de Bier

(M. Marcel BORDIER)

Médecine générale et hydrologie

(M. R. MOLINÉRY)

La Presse

Sur deux cas de psittacose humaine

La psittacose est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire sous le numéro 19. Le Prof. A. LEMIERRE signale les particularités cliniques notées chez les sujets atteints et les procédés employés pour assurer le diagnostic. Schématiquement, cette affection est caractérisée d'ordinaire, après un début brutal, par l'existence d'un état typhoïde associé à de graves manifestations pulmonaires du type broncho-pneumonique. Mais, il y a des cas où les symptômes nerveux dominent la scène, les signes pulmonaires restant très atténués. Une émulsion de foie des perruches infectées peut être injectée dans le péritoine de souris, et déterminer chez celles-ci une psittacose expérimentale typique avec exsudat péritonéal visqueux, avec hypertrophie du foie et de la rate ; des frottis de ces organes, colorés par le Giemsa, permettent de déceler les « corpuscules élémentaires » de la psittacose, que l'on considère généralement comme étant le virus filtrant lui-même de la maladie des perruches. (*La Semaine médicale des hôpit. de Paris*, mai 1942).

Chirurgie et curiethérapie dans le cancer du col utérin

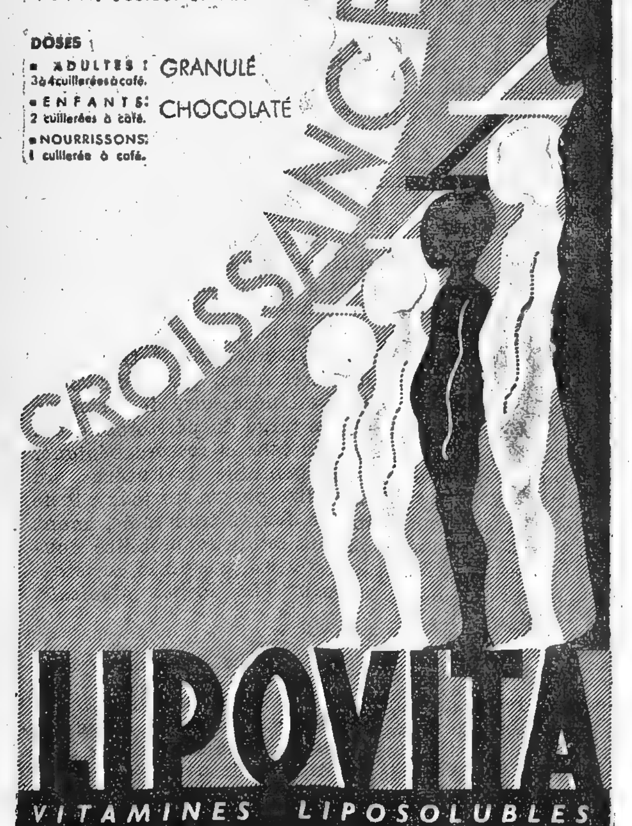
Le Professeur J.-L. FAURE démontre à nouveau que c'est en traitant les malades au début de leur mal, non par la curiethérapie, mais par l'opération, qu'on en sauvera le plus grand nombre, et presque toutes. Si l'utérus est bien mobile, et ce sont les seuls à opérer, une hystérectomie large pour cancer ressemble beaucoup à une hystérectomie totale ordinaire. Les ganglions sont très rares, quand on opère au bon moment ; mais il est nécessaire de terminer l'opération par le drainage large du péritoine. C'est à cette condition seule que celle-ci restera bénigne. Quant à la mobilité indispensable de l'utérus, un cancer du col ne s'immobilise pas en un jour ; il ne faut pas compter moins de deux à trois mois, avant que l'extension du mal ait rendu la mobilité douteuse. Mais, lorsqu'il en est ainsi, c'est à la curiethérapie qu'il faudra recourir. (*La Presse Médicale*, 20 juin 1942).

Les poissons pour la recherche des hormones

Il s'avère chaque jour davantage que l'action des hormones sur l'organisme est condition néemoins par leur constitution chimique que leurs effets physiologiques. Aussi les méthodes de détection chimique, qui offrent certaines difficultés, doivent-elles céder le pas aux tests biologiques, plus en rapport avec la clinique. Le Professeur E. GLASER en indique tous les avantages, qui, depuis l'emploi de certaines races de poissons, se signalent par leur simplicité, leur sensibilité, leur rapidité et leur économie. Au départ de l'urine, on prépare un extrait injectable, à l'aide duquel on peut, en quelques minutes, faire apparaître, par exemple, par l'hormone orchitique, chez le Bouvière mâle castré (Rhodens amarus) la parure nuptiale qui doit persister 3 à 4 heures. Des résultats analogues peuvent être obtenus au moyen d'autres hormones chez des variétés appropriées de poissons. (*Wiener Klinische Wochens*, 20 juin 1942).

G.F.




CROISSANCE
LIPOVITA
VITAMINES LIPOSOLUBLES

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR L'ÉDUCATION PHYSIQUE

Rabelais dans les XXIIIe et XXIVe chapitres de *Gargantua* décrit l'éducation que son précepteur Ponocrates donna au fils de Grandgousier, en la substituant aux méthodes fâcheuses des « professeurs sorbonnagres ».

Il commença par faire examiner son élève par « un savant médecin de celuy temps, nommé maistre Théodore ». Puis, il intercala la culture physique et la culture intellectuelle, « galantement s'exercent les corps comme ils avaient les âmes auparavant exercé ». Et Rabelais expose tout un programme d'éducation où les exercices physiques ont leur grande part : équitation, chasse à courre, nage, canotage, jeux divers en plein air, mais il laisse au jeune homme la liberté de les interrompre quand il lui plaît et qu'il est las. Il a souci de le faire sécher, frictionner et changer de chemise quand il est en sueur. En cas de pluie, Ponocrates fait botteler du foin à son élève, fendre et scier du bois, battre des gerbes dans la grange. Les agrès ne sont pas oubliés bien que ne tenant pas une grande place. Gargantua soulève de lourds haltères et grimpe à la corde lisse. La gymnastique respiratoire est pratiquée. Gargantua « pour exercer le thorax et poumons, criant comme tous les diables ».

Rabelais fut en France le précurseur de l'éducation physique et nous pouvons dire de l'éducation totale.

Récemment le Docteur René Biot, l'animateur du *Groupe lyonnais d'Etudes médicales, philosophiques et biologiques*, dont les travaux et les publications si utiles, se sont poursuivis durant 17 ans, suivant toujours la même voie, vient de publier un volume : *Santé humaine* (1), dont le premier chapitre, paraphrasant en quelque sorte Rabelais, est consacré à l'Education physique.

***

L'éducation physique, suivant l'opinion du Docteur Récamier (2) ne doit pas consister en sport, ni en de banales leçons de gymnastique, telles qu'on les donnait autrefois.

Bien comprise, cette éducation doit comprendre outre les exercices physiques, le séjour au plein air, à la lumière, le règlement de l'alimentation et aussi le repos. Pour assurer la croissance et le développement des jeunes sujets, le délassement est indispensable.

Pendant plusieurs générations, la gymnastique suédoise a été la seule méthode officielle d'éducation physique. Cette gymnastique qui s'applique, scientifiquement au développement des muscles et qui est excellente pour corriger les attitudes vicieuses, ne tient pas compte de la nécessité de la distraction, du besoin de vivre, et s'accorde assez mal avec le tempérament français.

Deux méthodes se partagent actuellement les professeurs d'éducation physique, la méthode de l'Ecole de Joinville et celle du lieutenant de vaisseau Hébert. Elles ne diffèrent que par leurs tendances et des détails techniques. Une sage progression dans les exercices, l'utilisation des jeux au maximum, les exercices individuels s'adaptant aux possibilités de chaque sujet, les exercices naturels, tels que la marche, la course, le saut, les actions de grimper, de porter des fardeaux, de ramper, etc., sont de règle aujourd'hui

Les agrès tiennent une très petite place dans l'éducation physique actuelle et souvent leur usage donne des résultats fâcheux. A Joinville, on considère comme un sport, leur utilisation.

La culture physique doit être intégrale.

Nous ne devons pas chercher à faire des athlètes de foire à gros biceps.

Il ne s'agit pas de battre des records, ni de réaliser des performances, le but est de faire de beaux gars, bien équilibrés, dont le développement est harmonieux. Tout excès doit être évité et l'on doit se souvenir que la résistance est individuelle et que les risques de surmenage varient avec chaque sujet.

Rabelais fait jouer Gargantua, mais exige la liberté dans les jeux. Le jeune homme doit interrompre le jeu quand il lui plait, quand la lassitude se manifeste

Le Docteur Récamier insiste pour que les séances de sport et de jeux soient coupées d'intervalles de repos. La formule de trois heures d'exercice physique en plein air obligatoires est à l'ordre du jour. Or, trois heures de sport ou de jeux violents même sans compétition sont plus fatiguantes qu'utiles. Pour l'enfant normal ces trois heures doivent comporter une heure et demi de jeu et une heure et demi de repos. Et, pour certains, ces trois heures de plein air doivent consister en deux heures et demi de repos en plein air. Il convient d'éviter la pluie et le vent, de prendre des précautions si l'enfant est habitué au chauffage central ou au port d'un cache-nez. Il importe, que le costume soit adapté au tempérament de l'enfant.

On peut adopter en général le costume de sport pendant les jeux et avoir recours aux vêtements de laine pendant les périodes de repos. Pendant ces pauses, l'enfant devra pouvoir s'asseoir et même s'étendre sans se salir.

Selon l'expression du Docteur Vignard (1), le professeur de culture physique doit être surtout un professeur de récréation. Le Docteur Biot critique l'abus des sports d'hiver qui sont devenus une véritable

(1) « Présences ». Plon, édit., Paris.
(2) In *Médecine et Travail*, Lavandier, édit., Lyon.

(1) In *Médecine et Education*, Lavandier, édit., Lyon.

passion, de même celui des bains de soleil. Combien de tuberculoses latentes ont évolué du fait de ces excès ! [Docteur Péhu, Docteur André Dufourt (1)].

La surveillance médicale est indispensable. Le médecin doit diviser les enfants en trois groupes Le premier comprendra les *normaux* qui peuvent se livrer aux exercices avec une sage progression. Le second comprendra les enfants dont l'examen révèlera une *tare sérieuse.* Le médecin devra prévenir la famille en lui conseillant d'avoir recours à son médecin ordinaire. Le troisième groupe comprendra les sujets qui présentent des *anomalies* sur lesquelles peuvent agir les exercices physiques : insuffisance respiratoire, mauvaise attitude, faiblesse générale par exemple. Il sera bon que le médecin fasse deux ou trois examens de ces enfants par an et qu'il porte ses observations sur deux fiches, l'une détaillée qu'il conservera (secret professionnel) et l'autre, portant des indications qui sera remise à l'éducateur et pourra porter les chiffres du poids, de la taille, du périmètre et de la capacité thoraciques. Le médecin à chaque examen pourra se rendre compte de la régularité du développement du jeune sujet.

Le Docteur Vignard s'est préoccupé de l'*entraînement et de la récupération des insuffisants.* Il conseille pour les insuffisants respiratoires les exercices suivants : gonfler un ballon, utiliser le spiromètre, respirer une fleur, souffler une chandelle, imiter le sifflet d'une locomotive ou la sirène d'un bateau, le bruit d'une fusée, etc.

Pour les cardiaques, il préconise un exercice modéré, en évitant de rester la tête en bas ; pour les dyspeptiques, il convient de veiller au régime et de fortifier par des exercices convenables les muscles de la sangle abdominale. Les attitudes vicieuses des déficients neuro-musculaires seront combattues. La suspension par les bras, par les épaules, par la tête est inefficace dans les scolioses. Il faut des exercices actifs des muscles : porter des fardeaux sur la tête dont le poids sera lentement progressif, assurera le développement des muscles du cou et apprendra aux enfants à se tenir droits.

Le Docteur R. Biot insiste sur la nécessité de réduire les programmes scolaires, si l'on veut que l'éducation physique porte ses fruits. Il montre les dangers du surmenage scolaire, la nécessité de développer l'esprit d'équipe qui a donné de si bons résultats chez les scouts. Il met en relief l'influence de l'éducation des réflexes, l'importance de l'utilisation des rythmes, de la musique, du chant, de la danse en éducation physique, l'intérêt qu'il y a de faire aussi l'éducation de la main, notamment par l'enseignement du dessin et du modelage.

Le Docteur R. Biot constate en terminant que l'éducation physique retentit sur l'esprit des jeunes gens. En apprenant à se tenir droit, l'enfant éduque sa volonté et en s'accoutumant à obéir, à respecter les règles d'un jeu, il apprend la maîtrise de soi-même et comme le disait Rabelais, il faut exercer le corps comme on exerce l'intelligence et l'âme.

J. Noir.

(1) In *Médecine et Adolescence,* Lavandier, édit., Lyon.



A PROPOS DES REVENUS PROFESSIONNELS DU MÉDECIN

par le Docteur Paul Durand (de Courville)

Que les lecteurs du *Concours Médical* veuillent bien me permettre de dire mon mot sur cette question toujours brûlante d'actualité : « Les revenus professionnels du médecin ».

Les mesures prises par le Fisc au début de cette année 1942 ont, très justement, suscité une émotion considérable au sein du Corps médical français. L'institution malheureuse du fameux « Carnet à souches », dont on a rendu responsable, et bien à tort, le Conseil supérieur, a reçu la désapprobation unanime. Il n'en pouvait être autrement, tellement il heurte notre pudeur professionnelle, notre discrétion et notre dignité qui accepte d'être « honorée » mais non pas payée. Il y a eu là de la part du Fisc une grosse faute de psychologie, faute qui a conssité surtout à considérer notre art comme un vulgaire métier commercial et à nous assimiler à « des vendeurs de soins ». Cette conception erronée ne pouvait manquer de provoquer un « tolle général ». Sans vouloir nous faire meilleurs que nous ne le sommes, et tout en pensant que nous sommes des « hommes », il faut bien admettre pourtant que, s'il y a un « homme » en chacun de nous, il y a aussi autre chose que cela. La somme des responsabilités que nous prenons à chaque instant dans l'accomplissement de notre tâche, l'appel continuel au plus profond de notre conscience, le recours instantané et répété aux connaissances si chèrement et si péniblement acquises, l'incessante gymnastique intellectuelle à laquelle nous nous livrons, tout cela aurait dû indiquer que nous faisions œuvre d'artiste .... et cela ne se monnaye pas !

C'est à cette juste compréhension que doit revenir le Fisc, si vraiment il consent à « reconsidérer » la question.

Certes nous n'avons pas la prétention de nous soustraire à l'impôt, ce serait nous mal connaître. Citoyens de l'Etat, nous n'oublions pas que nous sommes ses serviteurs, comme nous sommes les serviteurs de nos malades. Nous avons envers l'Etat des devoirs à remplir et parmi ces devoirs figure l'impôt, nécessité inéluctable et primordiale en toute Société organisée. Cet impôt, nous y sommes soumis comme tous les citoyens dudit Etat.

Mais n'est-il pas déjà assez lourd à supporter pour qu'on ne puisse s'ingénier à en éloigner toute application vexatoire, toute contrainte révoltante, toute inquisition insupportable ?

C'est précisément là ce que le Corps médical réclame. Il paiera... mais il se refuse à être molesté C'est à cela que s'emploie le Conseil supérieur de l'Ordre qui, quoi qu'on en ait dit, s'est toujours débattu et se débat plus que jamais pour faire aboutir de légitimes revendications. Depuis que ces malencontreuses et draconiennes mesures fiscales ont été prises, il n'a cessé de poursuivre des pourparlers afin d'aboutir à des résultats capables de satisfaire à la fois les exigences de l'Etat et les *desiderata* des praticiens.

Il serait déplacé de ma part de dévoiler des tractations plus ou moins laborieuses en cours. Ce travail doit se poursuivre dans le silence et la sérénité, si l'on veut qu'il parvienne à une solution équitable, équilibrée et satisfaisante pour tous. Il faut calculer les répercussions des mesures à prendre pour l'une et l'autre partie, mesurer les incidences, peser le pour et le contre et chacun doit y apporter un esprit absent de passions et de préjugés, une volonté

tendue vers le but désiré, une impartialité garante d'un pacte définitif.....

Mais qu'il me soit permis de fixer ici quelques vérités premières dont le Conseil supérieur ne manquera certainement pas de s'inspirer :

Il est un minimum de frais professionnels auxquels aucun médecin ne saurait échapper, s'il veut représenter dignement la profession et l'exercer correctement.

Or ce minimum a toujours jusqu'ici été très mal apprécié par le Fisc qui l'a souvent réduit le plus possible..... et encore plus mal interprêté par les praticiens dont les déclarations en déduction ont été bien plus souvent en-dessous qu'en-dessus de la vérité. On est vraiment stupéfait de la naïveté enfantine de tant de confrères en cette question... Oh ! certes non, ils n'ont rien du commerçant ! (Je puis en parler savamment, ayant été préconciliateur pendant pas mal d'années)... La plupart, puisant au jour le jour dans la caisse, tant qu'il s'y trouve quelque maravédis, ne se rendent nullement compte de leurs vraies dépenses professionnelles et donnent dans leurs déclarations des chiffres invraisemblables... Ils n'ont aucune idée de la comptabilité... Commerçants, non... Artistes, oui, et dans toute l'acceptation du terme... Bohèmes, presque toujours... sans le savoir !

Il convient que le Conseil de l'Ordre se considère comme le tuteur de ces grands enfants !

Donc large déduction à la base comme frais professionnels, par suite de quoi bon nombre de médecins à clientèle réduite n'auraient à payer que peu ou prou sur des revenus professionnels leur permettant d'être tout au plus « de nobles gueux », mais des gueux tout de même !

Cette déduction à la base serait à fixer une fois pour toutes entre le Fisc et le Conseil supérieur.

Passons maintenant à l'autre extrémité de l'échelle. Certains confrères, plus particulièrement des chirurgiens, dont les revenus professionnels sont très élevés, se voient en l'état actuel, quand leurs déclarations sont exactes, véritablement spoliés par le Fisc du fruit de leur travail et de leurs peines. Ils ont à payer des sommes astronomiques, le mot n'est pas trop fort !... C'est au point que beaucoup sont amenés à réduire leur activité, quand cela est possible, conscients qu'ils sont de ne plus travailler que pour l'Etat ! Là encore n'y a-t-il pas un abus évident ? Beaucoup de médecins sont des « esclaves » de leur métier, soit que leur valeur professionnelle, leur savoir-faire, leur comportement général, ou plus rarement... la chance tout court leur imposent un labeur aussi obsédant qu'accablant, labeur auquel ils ne peuvent pas se soustraire, soit à cause des nécessités matérielles, soit le plus souvent par scrupules de conscience... Est-il juste de les accabler de charges aussi exagérées, en récompense de tant de dévouement et de tant d'activité consacrés au bien commun ?

Là encore il faut une progression raisonnable dans les impositions, en tenant compte que ces situations exceptionnelles nécessitent des frais professionnels également exceptionnels.

L'impôt excessif se tue lui-même, soit par l'emploi de taxes abusives, soit par une maladroite application.

Certainement le Conseil supérieur saura tenir vis-à-vis du Fisc le langage de la raison et de la modération.

Autre vérité : Nul ne peut se soustraire à une déclaration de revenus, pas plus le médecin qu'un autre... Or qui dit déclaration, ne peut dire que déclaration contrôlable.

Il faut, à mon avis, pour que l'impartialité soit sauvegardée, que le Contrôle puisse être fait par les deux parties et non par le Fisc seul... Qui serait mieux à même de représenter les intérêts du praticien sinon le Conseil de l'Ordre ? J'en conclus que la déclaration devrait être faite d'une part au Fisc, d'autre part au président du Conseil départemental de l'Ordre. En cas de contestations, un organisme représentant les deux parties serait à prévoir capable de solutionner le litige.

J'aimerais que la déclaration des revenus bruts seule soit faite, la défalcation des frais professionnels étant calculée d'après de larges dégrèvements à la base et à progression adoucie suivant des tranches établies.

Ainsi seraient évitées bien des contestations, bien des inquisitions parfaitement insupportables, souvent inopérantes... et toujours vexatoires.

Ces tempéraments apportés aux vérifications seraient bien vus de tous et se montreraient plus efficaces que les mesures draconiennes actuellement en usage.

Le Fisc a oublié que les Conseils de l'Ordre étaient maintenant armés pour réprimer tous les abus d'où qu'ils viennent, fraudes patentes, comme toutes autres indélicatesses... et je suis persuadé qu'un praticien dûment rappelé à l'ordre et menacé de sanctions par son président saura à quoi s'en tenir... et n'aura plus rien à réclamer s'il est livré aux rigueurs du Fisc et de la loi.

Certains pensent que le forfait les délivrerait de ces formalités... C'est une grave erreur... Le forfait lui-même exigerait bien « une déclaration d'une somme forfaitaire » ! En outre pour que le forfait fût revisable, en cas de changement de situation, il faudrait bien renouveler cette déclaration... Alors, ne vaut-il pas mieux une déclaration annuelle exacte du revenu brut ?

Quant au forfait lui-même, mon ami Herpin a dit fort justement ce qu'il fallait en penser dans la *Gazette des hôpitaux* et je pense comme lui. A mon avis c'est un carcan trop rigide, dont on ne saura pas aisément se débarrasser, même si l'on a de bonnes raisons à faire valoir. Dans certains états étrangers il existe... et les médecins sont loin de s'en féliciter !

Pour me résumer :

Déclaration annuelle du revenu brut ;

Déduction large à la base, pour frais professionnels ;

Contrôle double (du Fisc et du Conseil de l'Ordre) avec suppression des mesures actuelles (Carnets à souches et même livre-journal) ;

Répression organisée au sein même de la profession, avec sanctions en cas de manquements graves et habituels ;

Retour à un taux plus modéré de l'impôt.

En obéissant à ces directives simples et de bon sens, le Fisc y trouverait son compte et nous notre quiétude si nécessaire à l'accomplissement de notre rude tâche.

Que le Fisc nous parle « chiffres », c'est son rôle, mais qu'il en enveloppe la formule dans une élégante présentation qui en masque l'amertume !... Nous savons si mal compter... Nous ne sommes pas des mathématiciens, mais bien plutôt des « Jean de la Lune » !

Qu'il cesse de nous considérer en bloc comme d'indécrottables fraudeurs, alors que ses foudres ne doivent atteindre que quelques brebis galeuses. Je puis lui affirmer que notre plus grand tort est de nous faire illusion, à nous-mêmes d'abord et surtout à autrui... Nous sommes les victimes de la Vanité de nos Illusions ! !



INFORMATIONS PROFESSIONNELLES

CE QUI EST FAIT ET CE QU'IL RESTE A FAIRE POUR REMEDIER A LA PÉNURIE DES PRODUITS OPOTHÉRAPIQUES

Un de nos correspondants nous avait alarmé : « Chaque jour, nous disait-il, aux environs de Paris et notamment en Seine-et-Marne, des centaines d'animaux sont abattus dont les glandes endocrines sont perdues »..... et d'incriminer les services de l'Intendance ainsi que les dirigeants de la Corporation pharmaceutique. Nous avons tenu à aller aux sources mêmes vérifier les dires de notre correspondant.

Des explications détaillées qui nous ont été fournies, il résulte que si des efforts restent encore à faire, une œuvre considérable est déjà réalisée, ceci, non seulement dans le domaine de la *collecte* des glandes endocrines, mais aussi dans celui de la *répartition* des produits opothérapiques, et notamment de *l'insuline.* Voici une brève mise au point de la question.

I. Collecte des glandes

1° *En ce qui concerne les pancréas des bovins et porcins nécessaires à la fabrication de l'insuline.* Dès le 8 octobre 1940, une loi a obligé sous peine d'amende, les abatteurs, dans les centres d'abatage où la moyenne quotidienne des têtes abattues dépassait le chiffre de 120 en 1938, à livrer les glandes endocrines aux organismes récolteurs agréés par les services vétérinaires départementaux. Un arrêté ministériel du 19 mars 1941 a étendu cette obligation à d'autres centres moins importants dont il publiait la liste complète. Les organismes récolteurs ne pouvaient obtenir l'agrément que s'ils possédaient les installations frigorifiques nécessaires pour permettre la congélation des glandes à moins 15° immédiatement après leur épluchage.

En fait, le ramassage ainsi organisé a permis de faire face jusqu'à présent aux trois quarts de la consommation française d'insuline. Certaines importations ont pu par ailleurs être réalisées.

2° En *ce qui concerne les autres glandes*, la question était beaucoup plus délicate car, jusqu'au 25 octobre 1941 la collecte en était libre. L'arrêté interministériel du 25 octobre 1941, obtenu après bien des efforts des dirigeants pharmaciens et dont nous avons en son temps, publié un extrait, a donné mission à des organismes récolteurs agréés par le préfet, de prélever dans tous les *abattoirs* municipaux et centres d'abatage ou abattoirs industriels, les organes énumérés dans l'arrêté, et un contingent d'abats affecté par priorité à la préparation d'extraits opothérapiques. Les autorités pharmaceutiques se sont occupées aussitôt, pour mettre en œuvre le plus grand nombre possible de récolteurs, de les doter des installations frigorifiques *fixes et circulantes*, nécessaires. Une société commerciale, la Société Biofrigo, dont ils sont les animateurs, a mis au point et sort, surtout si l'on tient compte des difficultés actuelles de production, une assez grande quantité d'appareils répondant aux exigences techniques.

A mesure que ces installations se développent, le Comité d'organisation étend l'activité de ses collecteurs à des centres d'abatage de plus en plus nombreux. Mais il est évident que l'on a intérêt à desservir d'abord les plus importants d'entre eux. Si jusqu'à présent en Seine-et-Marne cette collecte n'a pas été organisée, c'est en raison de la faible importance des centres. Voici en effet la moyenne mensuelle des têtes de bovins abattues dans les différents centres de Seine-et-Marne au cours de l'année 1941 : Melun, 40 ; Fontainebleau, 20 ; Montereau, 35 ; Meaux, 25 ; Chelles, 25 ; Lagny, 20 ; Reste du département, 130. Au total, 295.

On comprend donc que l'activité des collecteurs se soit jusqu'à présent dirigée vers des centres plus importants et notamment sur ceux énumérés dans l'arrêté ministériel du 19 mars 1941.

II. Répartition de l'Insuline.

Nos lecteurs connaissent en gros les dispositions de l'arrêté ministériel du 7 mai 1942 analysées dans notre numéro du 31 mai : tout diabétique devra pour s'approvisionner s'adresser à un centre de répartition régional à créer sur proposition des directeurs régionaux de la Santé ; les dispositions de l'arrêté ne devant entrer officiellement en vigueur qu'au fur et à mesure de l'organisation de ces centres, sur notification adressée par le directeur régional de la Santé aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et de la Chambre départementale des pharmaciens.

Le Comité d'organisation de l'industrie pharmaceutique met tout en œuvre pour aider à la création de ces centres. Déjà trois fonctionnent : à Bordeaux, groupant les quatrième et cinquième régions sous l'autorité du Professeur Aubertin ; — à Nantes, groupant les sixième et dix-huitième régions, sous l'autorité du Professeur Picard ; — à Nancy, pour la quinzième région, sous l'autorité du Professeur Perrin. Un autre est en voie de constitution rapide pour la deuxième région à Besançon.

Dès que les cadres de ces centres sont constitués, le Comité d'organisation de la pharmacie envoie un stock de démarrage qui est renouvelé mensuellement au fur et à mesure des besoins de la consommation. Au bout de quelques mois la consommation moyenne est déterminée et des dispositions sont prises pour un approvisionnement régulier de ces centres.

La constitution de ces organismes dépend essentiellement des directeurs régionaux de la Santé. Il faut espérer que ces hauts fonctionnaires voudront bien consacrer à cette tâche une attention et un zèle aussi vifs, mais moins anarchiques, qu'aux nominations hospitalières qui, dans le moment présent, émeuvent tant le Corps médical.

Mais le médecin peut lui aussi aider dans une large mesure au démarrage rapide des centres en ne prescrivant que des doses strictement utiles, et en remplissant de bonne grâce le questionnaire type établi par l'administration en vertu de l'article 2 de l'arrêté ministériel. Nous avons vu ce questionnaire.

Bien qu'il nous ait semblé assez long et compliqué — surtout si l'on songe à la lourde besogne paperassière qui accable déjà le médecin — les indications qu'il contient sont cependant nécessaires pour permettre un contrôle et pour satisfaire certaines demandes par priorité. Il ne s'agit au reste que d'une formalité unique accompagnant la demande d'inscription du malade au centre de répartition. Pour obtenir, par la suite, le bon mensuel d'insuline, un simple certificat est alors suffisant.

Souhaitons donc le développement rapide de ces centres de répartition afin d'apaiser les inquiétudes, souvent fort vives, des diabétiques, touchant leur ravitaillement en insuline.

Pierre Douriez.



MÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Peu satisfaite de la médecine telle qu'elle se pratique actuellement, telle qu'elle est régie par les lois en vigueur et par l'Ordre des médecins, telle que la souhaitent les corporatistes de la première heure, *l'Union professionnelle des médecins du Front social du travail* avait organisé une grande réunion le dimanche 19 juillet à la Maison de la chimie. L'ordre du jour comportait la constitution des « communautés » d'arrondissement et la désignation des responsables pour les départements de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne (ce qui doit faire sauf erreur près de 5.000 médecins).

A cet appel se rendit un nombre fort académique de confrères, presque tous vétérans des luttes syndicales, curieux de savoir à quelle sauce serait mangée la profession médicale dans l'ordre nouveau tel que le souhaite le Front social du travail.

Certains auraient aimé pouvoir situer cette organisation dans l'espace. Pas plus son chef que le Docteur Olivier ne précisèrent les rapports qu'il pourrait y avoir avec telle ou telle tendance politique actuelle ou tel ou tel mouvement en cours — il ne doit donc pas y en avoir.

Le Docteur Olivier exposa le point de vue du Front social du travail sur la médecine communautaire et la Corporation. Il utilisa maints arguments, de valeur inégale, pris dans la pratique ; il n'empêcha point les auditeurs de penser qu'un livre plus fortement documenté et charpenté avait amorcé la question de la médecine communautaire bien avant la guerre, tout en déplorant l'absence de l'auteur à cette réunion. Quant à la Corporation, nombre de publications et de réunions parfois houleuses, riches en idées générales avaient eu l'audience d'un large public.

Semée de bonnes intentions, sans ligne directrice évidente, la conception qui nous fut exposée semble conditionnée essentiellement par une acceptation, une résignation totale :

— Le fonctionnaire individu, dans son intérêt propre essaye d'étendre abusivement son champ d'action. Nous devons nous plier à ce fait d'expérience, accepter ces empiètements, les favoriser même.

— Les communautés d'exercice une fois réalisées (quand et comment ?) permettraient le contrôle beaucoup plus facile du médecin — contrôle technique s'entend (et fiscal — cela va de soi).

— L'armée n'existera plus, l'industrie sera très considérablement réduite, la médecine devra recueillir tous ceux qui ne pouvant s'employer dans ces activités défuntes. se rejetteront vers elle.

Etc.....

Nous répondrons :

— Si le fonctionnaire individu tend à empiéter indéfiniment par simple désir d'accroître l'importance de sa situation, et le fonctionnarisme, le citoyen peut avoir la volonté, plus forte encore, de ne pas se laisser submerger par les bureaux.

— Nous ne considérons pas comme un idéal de voir chaque français exerçant une activité dite libre, suivi de un ou plusieurs fonctionnaires contrôleurs : les brebis galeuses savent fort bien échapper à ces gendarmes qui, à leur tour, pourraient être suivis de sur-contrôleurs et sur-sur-contrôleurs.

— Il est difficile de préjuger de l'après-guerre. Le seul aperçu sur la politique générale était ou superflu ou insuffisant.

Si la France a été vaincue sur le champ de bataille, ce n'est pas une raison suffisante pour qu'en politique intérieure et sur le terrain professionnel chaque citoyen prenne une attitude et une mentalité de vaincu. La prise en charge totale de chacun par l'Etat n'est pour nous nullement souhaitable.

Il ne nous déplaît pas qu'une relative incertitude règne quant au lendemain, afin que chacun puisse donner sa mesure en luttant. Il nous déplairait au contraire que la sollicitude excessive de l'Etat enlevât tout souci d'études, d'installation, d'exercice, de retraite, toute initiative en un mot à chacun des heureux élus qui auront pu être pris dans l'engrenage de la Faculté.

Le contrôle partout et toujours, serait superflu si la formation, la sélection des individus étaient mieux assurées — mais ceci est une autre histoire et d'une autre partie. Il ne nous suffit pas que la moralité professionnelle des médecins ne soit pas au-dessous de celle des autres professions — nous aimerions qu'en ces périodes révolutionnaires, un souffle passât et parvint à créer une émulation entre les individus comme entre les communautés, professionnelles ou non — ce souffle nous ne l'avons pas senti à la Maison de la chimie, le dimanche 19 juillet 1942 à 11 heures de relevée.

R. JODIN.

ACTUALITES D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Recrudescence de la gale

Cette désagréable maladie prend un essor alarmant que le Docteur DEGOS vient de préciser devant le Comité consultatif d'hygiène. Les causes en sont connues : c'est d'abord le résultat du grand mouvement populaire de mai, juin et juillet 1940 qui accumula dans des locaux improvisés des fugitifs démunis de tout, puis la difficulté sans cesse croissante pour toute la population de se procurer eau chaude et savon, permettant d'entretenir normalement la propreté du corps et du linge. Les cas traités à la consultation de Saint-Louis, qui se maintenaient mensuellement à une moyenne régulière de quelque huit cents, ont augmenté sans cesse depuis septembre 1940, sont à 9.000 maintenant, et vont progresser encore.

La question est compliquée par la raréfaction des corps gras qui servent d'excipient aux produits thérapeutiques habituels. Il existe maintenant des pommades d'Helmerich-Leroux et de Milian-Leroux dans lesquelles l'axonge est remplacée par l'argile colloïdale qu'il est facile de se procurer. L'application de ce produit est simple et efficace. Un autre produit, la dilution du benzoate de benzyle au tiers paraît donner des résultats encore plus satisfaisants. Le Comité consultatif d'hygiène adresse à l'administration le vœu que soient immédiatement intensifiées la fabrication du benzoate de benzyle et la mise à la disposition de l'industrie pharmaceutique de quantités suffisantes d'argile colloïdale. Il adopte ensuite le texte d'une instruction de prophylaxie et de thérapeutique rédigée par le Docteur DEGOS, qui sera prochainement publiée.

Dr BRIAU.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine

Praticiens étrangers autorisés a exercer

Arrêté du 23 juin 1942

Départements divers : M. le Dr Guamis (Raymond), exerç. à Azille (Aude) ; M. le Dr Spiegler (Frédéric), exerç. à Aubusson (Creuse) ; Dr Montaubin, née Weiler (Denise), exerç. à Nantes (Loire-Inf.) ; M. le Dr Melik-Pachaïew (Paul), exerç. à Longwy-Gouraincourt (Meurthe-et-Moselle).

Seine : M. le Dr Atchildi (Assaf), exerç. à Paris ; Dr Begzadian (Varia), exerç. à Paris ; M. le Dr Daum (Sigismond), exerç. à Paris ; Mlle le Dr Majerczak (Dyna), exerç. à Paris ; M. le Dr Mitrani (Arthur), exerç. à Montreuil-sous-Bois ; M. le Dr de Montis (Louis), exerç. à Paris ; M. le Dr Noujaim (Nassib), exerç. à Paris ; M. le Dr Palmer (Raoul), exerç. à Paris.

Seine-et-Oise : M. le Dr Andreassian (Archak), exerç. à Parmain ; M. le Dr Grafunkel (Israël), exerç. au Perray ; Mme le Dr Magat, née Berger (Marguerite), exerç. à Savigny-sur-Orge ; M. le Dr Storksen (Ole), exerç. à Conflans-Sainte-Honorine ; M. le Dr Théodorides (Théodore) exerç. à Sainte-Geneviève-des-Bois ; M. le Dr Tran van Bang, exerç. à Montfort-l'Amaury ; M. le Dr Vasiliu (Cornélius), exerç. à Sucy-en-Brie.

(*J. O.*, 27 juin 1942.)

Arrêté du 2 juillet 1942

Départements divers : M. le Dr Grunwald (Jean-Eugène), exerç. à Grenoble (Isère) ; M. le Dr Dandois (Paul), exerç. à Auby-lez-Douai (Nord) ; M. le Dr Orgogozo (Jean-François), exerç. à Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées) ; M. le Dr Jean-Louis (Louis-Marcel), exerç. à Mâcon (Saône-et-Loire) ; M. le Dr Held (René-Raphaël), exerç. à Paris ; M. le Dr Krivine (Pierre-Léon), exerç. à Paris.

(*J. O.*, 5 juillet 1942).

Arrêté du 9 juillet 1942

Départements divers. — M. le Dr Diriks (Dyre), exerç. à Saint-Yorre (Allier) ; M. le Dr Gomes de Mattos, exerç. à Laignes (Côte-d'Or) ; M. le Dr Georgesco (Jean), exerç. à Nyons (Drôme) ; M. le Dr Glyptis (Alexandre), exerç. à Saint-Cyr-du-Vaudreuil (Eure) ; Mme le Dr Leduc, née Heptia (Germaine), exerç. à Pont-de-l'Arche (Eure) ; M. le Dr Napieralski (Thadée), exerç. à Pont-Audemer (Eure) ; M. le Dr Sobel (André), exerç. à Dreux (Eure-et-Loir) ; M. le Dr Koifman (Moïse), exerç. à Valbonnais (Isère) ; M. le Dr Baup (François), exerç. à Paris (17e) ; M. le Dr Ayadi (Abdor-Robert), exerç. à Versailles (Seine-et-Oise) ; M. le Dr Brion (Joseph-Stanislas), exerç à la Plage-d'Hyères (Var).

(*J. O.*, 25 juillet 1942).

Praticiens étrangers interdits

Arrêté du 23 juin 1942

Départements divers : M. le Dr Boulos (Michel) ant. à Carcassonne (Aude) ; M. le Dr Grunberg (Jean), ant. à Castelnaudary (Aude) ; M. le Dr Lazarovici (Lionel), ant. à Castelnaudary (Aude) ; M. le Dr Rosen (Joseph), ant. à Castelnaudary (Aude) ; M. le Dr Rabinovici (Jancu), ant. à Magnat-l'Etrange (Creuse) ; M. le Dr Schinazi (Sa-

batino), ant. à Bordeaux (Gironde) ; M. le Dr BARDELLI (Primo), ant. à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; M. le Dr GRUNEWALD (Marc), ant. à Trieux (Meurthe-et-Moselle) ; M. le Dr SEGALL (Laurian), ant. à Ogeviller (Meurthe-et-Moselle) ; M. le Dr HIMMELSTEIB (Nahtali), ant. à Jonvelle (Haute-Saône); M. le Dr LIPSZTEIN (Israël), ant. à Crèches (Saône-et-Loire) ; M. le Dr LUPU (Solomon), ant. à Mâcon Saône-et-Loire).

Seine : M. le Dr ANGYAL (Adalbert), ant. à Paris; M. le Dr ORENSTEIN (Isac-Hugo), ant. à Paris ; M. le Dr ROBINSOHN (Ignace), ant. à Paris.

Seine-et Oise : M. le Dr BUCHALTER (Léopold), ant. à Triel-sur-Seine ; M. le Dr FROIM (Moses), ant. à Gargenville ; Mme le Dr ISSERLIS, née GOURVITCH (Marie), ant. à Saint-Cloud ; M. le Dr RABINOVICI (Jean), ant. à Montgeron ; M. le Dr REICHER (Isac), ant. à Maule ; M. le Dr ROSENZVEIG (Martin), ant. à Montgeron ; M. le Dr ROSENFELD (Joseph), ant. à Ermont ; M. le Dr WECHSLER (Samy), ant. à Persac.

Arrêté du 2 *juillet* 1942

Départements divers : M. le Dr AVRANE (Adolphe), ant. à Châteauroux (Indre) ; M. le Dr CUKIER (Abram dit André), ant. à Poulaines (Indre) ; M. le Dr ROSINBERG (Isaac), ant. à Châteauroux (Indre) ; M. le Dr FALK (Félix), ant. à Lyon (Rhône) ; M. le Dr AZOUZ (Peppo-Joseph), ant. à Paris ; M. le Dr BILISKO (Stanislas), ant. à Paris ; Mme le Dr GOMOLITSKY, née POUTINZEEF (Marie), ant. à Paris ; M. le Dr RUBINROT (Bernard), ant. à Paris ; M. le Dr HOGARTH (Joseph-François), ant. à Bezons (Seine-et-Oise).

(*J. O.*, 5 juillet 1942).

Arrêté du 9 *juillet* 1942

Départements divers. — M. le Dr FAINSILBER (Sigismond), ant. au Nouvion-en-Thiérache ; M. le Dr KYTIGAS (Aristote), ant. à Château-Thierry (Aisne) ; M. le Dr MOZKOWICZ (Joël), ant. à Colombier (Cher) ; M. le Dr DERMER (Michel), ant. au Grand-Serre (Drôme) ; M. le Dr JALLER (Lévy), ant. à Montreuil-l'Argillé (Eure) ; M. le Dr SOLOMON (Beno), ant. au Bouscat (Gironde) ; M. le Dr AH-SUE (André), ant. à Châteauroux (Indre) ; M. le Dr MARCOVICI (Rali), ant. à Saint-Gaultier (Indre) ; M. le Dr NAYNA (Jean-Nils), ant. à Ambrault (Indre) ; M. le Dr ADELSTAIN (Bernard), ant. à Cahors (Lot) ; M. le Dr MARCUS (Aron), ant. à Prayssac (Lot) ; M. le Dr VILENSKY (Jérémie) ant. à Cahors (Lot) ; M. le Dr HAIMOVICI (Michel), ant. à Epernay (Marne) ; M. le Dr BERGER (Herman), ant. à Saint-Jean-de-Maurienne (Savoie) ; M. le Dr VEXLER (Jancu), ant. à Saint-Cyr-sur-Morin (Seine-et-Marne).

Seine. — M. le Dr GOROVIT (Ira), ant. à Saint-Ouen ; M. le Dr LEVY (David-Guillaume), ant. à Paris ; M. le Dr LUDMER (Martin), ant. à Paris ; M. le Dr NUSEM (Haimnoch), ant. à Paris ; M. le Dr PINCOVICI (Adolf), ant. à Paris ; M. le Dr ZILBER (Léon), ant. à Paris.

Seine-et-Oise. — M. le Dr BEINIS (Smil), ant. à Villiers-sur-Marne ; M. le Dr MOÏNE (Hechemad), ant. à Versailles.

(*J. O.*, 25 juillet 1942).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

LES ÉLECTIONS AUX CONSEILS DE L'ORDRE. — LES HONORAIRES MÉDICAUX ET LA HAUSSE DES PRIX. — FAMILLE PROFESSIONNELLE DE LA SANTÉ. — MORALITÉ ET CESSION DE CLIENTÈLE. — LA PRÉVENTION A L'UNIVERSITÉ DE PARIS.

Dans notre dernier numéro donnant le schéma de la constitution du nouvel Ordre, nous indiquions que, sous réserve de mesures transitoires, les Conseils des collèges départementaux devaient être élus au scrutin secret et écrit.

Nous voulons aujourd'hui revenir sur ces mesures.

Rien de mieux d'ailleurs que de citer le texte du projet même :

« *A titre transitoire, seuls pourront être déclarés élus à la suite des opérations électorales auxquelles il sera ainsi procédé pour la constitution des premiers Conseils élus, les praticiens figurant sur des listes établies par le secrétaire d'Etat à la Santé ; ces listes devront comprendre quatre fois plus de noms qu'il y aura de sièges à pourvoir, et comporter obligatoirement au moins un médecin de retour de captivité.* »

Combien de temps durera le transitoire ? Ce régime sera-t-il bien différent du régime actuel ?

***

Il nous revient que le Ministre des Finances, depuis l'abrogation de l'arrêté du 17 février 1942 dont nous avons entretenu nos lecteurs dans un écho du 14 juin dernier, n'aurait pas abandonné toute intention de soumettre les honoraires médicaux à la surveillance du contrôle des prix, par l'intermédiaire des préfets départementaux.

Les rehaussements projetés des tarifs minima devraient être, à l'avenir, communiqués par les Conseils départementaux de l'Ordre aux préfets départementaux.

Si les augmentations envisagées paraissaient à ceux-ci excessives, ils devraient en saisir les services des Finances et de la Santé, par un rapport indiquant la date depuis laquelle les tarifs antérieurs sont en vigueur, les nouveaux tarifs projetés, les raisons qui ont motivé le relèvement, les raisons qui conduisent le préfet départemental à estimer ce relèvement excessif, les propositions que ledit préfet croirait devoir formuler.

Deux points sont intéressants à noter :

1° Il ne s'agit que des relèvements futurs : or un certain nombre de Conseils départementaux ont prudemment déjà pris leurs précautions ;

2° La surveillance s'exercera non plus seulement sur les médecins, comme le prévoyait l'arrêté du 17 février, mais aussi sur les dentistes et les sages-femmes.

C'est certainement en application de ces instructions que le préfet de police a demandé le 17 juillet au Conseil départemental de la Seine, des renseignements sur les honoraires passés, présents et futurs dans son ressort, renseignements fournis le 24 juillet.

Si l'activité des préfets se borne à une simple surveillance destinée à éviter les augmentations excessives, on ne peut que s'incliner ; mais si le contrôle exercé devait être tracassier et tâtillon, alors il conviendrait de défendre énergiquement les positions du Corps médical quant à la loi sur le contrôle des prix.

***

Le *Journal Officiel* du 23 juillet dernier contient, sous le timbre du secrétariat d'Etat au Travail, un décret « relatif à la création d'une famille professionnelle de la santé » dont nous avons publié le texte dans notre dernier numéro.

Bien que ce décret se rapporte explicitement au « statut du personnel employé par les membres des Ordres et des professions régis par des dispositions particulières », dans le cadre de la Charte du travail, il est impossible de ne pas remarquer le paragraphe qui s'exprime ainsi :

« *Cette famille comprend les industries dont les produits, les établissements dont les services et les personnes dont l'intervention ont pour objet la protection de la Santé publique* ».

Car on ne saurait mieux définir la corporation sanitaire dont notre regretté Boyé se fit ici-même le protagoniste et dont nous demandions récemment encore la création. D'autant que l'article 3 réserve au Gouvernement la faculté d'agrandir et de modeler la famille professionnelle de la santé.

Il est donc permis de saluer dans ce texte l'ébauche et, espère-t-on, la promesse de ce consortium sanitaire qui seul peut prendre en mains le vaste problème de la Santé publique.

***

Le Conseil supérieur est hostile aux cessions de clientèle. Il l'a maintes fois proclamé. D'excellents arguments peuvent justifier son opinion.

Mais de ce principe il vient de tirer une curieuse conclusion pratique, que le dernier *Bulletin* de l'Ordre nous expose.

Le Conseil supérieur a refusé de sanctionner en faveur d'une veuve de médecin l'engagement pris par le remplaçant de son mari décédé, de ne pas exercer la médecine générale dans le ressort du médecin qu'il avait remplacé. Le motif ? Donner satisfaction à la veuve aurait été implicitement reconnaître à la clientèle le caractère d'une entité juridique distincte et permettre la vente de cette clientèle.

Nous ne pouvons dissimuler notre étonnement : Si la vente d'une clientèle est immorale et prohibée par la loi et la jurisprudence, par contre, l'engagement de ne pas exercer son art dans un lieu et pendant un temps déterminés est parfaitement valable. La Cour d'Angers dans un arrêt rendu le 11 juin 1941 sur arrêt de renvoi de la Cour de Cassation en date du 20 août 1940 l'a formellement proclamé, en reconnaissant qu'une telle clause ne porte nulle atteinte à l'ordre public.

Comment se fait-il donc que l'Ordre qui a tout de même la mission de défendre les intérêts matériels de ses ressortissants ait pu rendre une sentence en aussi nette contradiction avec une jurisprudence favorable aux médecins et qu'il fut si difficile d'obtenir ? Pourquoi donc se montrer plus royaliste que le Roi ?

Suivons d'ailleurs l'Ordre sur le terrain « Moralité » qui lui est si cher : Est-il plus immoral de permettre à une veuve de tirer *légalement* quelque argent d'une portion de l'actif successoral de son mari que d'autoriser quelqu'un à renier impunément l'engagement formel par lui pris de ne pas s'établir dans un lieu et pendant un temps déterminés, alors que cet engagement est juridiquement valable ?

***

Les ministres de la Santé et de l'Education nationale viennent d'instituer un service de médecine préventive à l'Université de Paris.

Heureuse initiative à laquelle nous applaudissons.

Les examens médicaux sont confiés à vingt médecins dont le mode de désignation est le suivant :

Le recteur fait les nominations, sur proposition du doyen de la Faculté de médecine après avis conforme du directeur régional de la Santé et consultation d'une commission au sein de laquelle ne siège aucun représentant des organismes professionnels.

Comment ne pas s'étonner de voir une nouvelle fois nos représentants officiels systématiquement tenus à l'écart ?

Les services du secrétariat à la Santé auraient-ils déjà oublié qu'en janvier dernier, le ministre portait à la connaissance du Conseil supérieur les termes d'une circulaire du vice-président du Conseil en date du 22 décembre 1941 qui invitait les différentes administrations à consulter les Conseils de l'Ordre dans toutes nominations de médecins appelés à remplir des fonctions publiques ?

Les Conseils de l'Ordre, gardiens de la moralité professionnelle, en contact direct avec les praticiens, ne sont-ils pas vraiment aussi aptes à guider le choix des administrations que le Doyen de la Faculté, le représentant de l'Académie de médecine ou le directeur régional de la Santé ?



CORRESPONDANCE

3.547. — Assurances sociales. Electro-coagulation du col

Pourriez-vous me donner les renseignements suivants, comment tarifer :

Electro-coagulation du col utérin ;

Test de Dausset et Ferrier ;

Diathermie endocrinienne.

Quelle est, d'autre part, la valeur actuelle de K pour les actes de spécialité.

Dr T.

Réponse

1° *Tarification de l'électro-coagulation du col utérin : cette intervention n'a pas été prévue à la nomenclature des actes de spécialités. Toutefois s'il s'agit d'une électro-coagulation large nécessitant une anesthésie locale ou générale (par exemple pour cancer du col)* je crois que l'on peut appliquer : K 40.

S'il s'agit au contraire d'une électro-coagulation partielle : K 20, *par assimilation avec : destruction de tumeur moyenne avec anesthésie.*

S'il s'agit d'une électro-coagulation légère (purement gynécologique, en dehors du cancer) il y a lieu de n'appliquer que K 10, *par analogie avec : destruction de tumeur superficielle avec anesthésie.*

2° *Test de Dausset et Ferrier (non prévu à la Nomenclature). La Caisse interdépartementale rembourse* 75 *francs. Il semble que l'on puisse indiquer : K* 5.

3° *Diathermie endocrinienne sur deux régions glandulaires : Si ces deux régions sont traitées en même temps pendant une demi-heure : K* 3.

4° *Valeur du K en matière d'électro-radiologie à*

Paris : La valeur de K a été élevée le 1er janvier 1942 à 15 francs, puis le 1er mai 1942 à 20 francs pour tous les actes de spécialité.

3.521. — Assurances sociales.
Déchéance en cas de défaut de première constatation médicale.

Je suis appelé en avril dernier pour donner mes soins à une malade atteinte de diabète grave avec commencement de gangrène d'un orteil.

Son mari, assuré social, complètement illettré, vient chez moi le surlendemain. Je lui remplis sa carte-lettre qu'il met, d'après ses dires, immédiatement à la poste dont le bureau est attenant à la maison.

Après l'envoi des premières feuilles de maladie, j'ai conseillé à mes clients, qui ne voyaient rien venir, de faire écrire à la Caisse qui répondit qu'elle n'avait pas reçu de carte-lettre et que par conséquent elle ne devait rien.

J'écrivis moi-même disant ce que j'ai relaté plus haut.

La Caisse répondit que c'était regrettable, mais que n'ayant pu exercer son contrôle, elle refusait de payer. Dans le cas présent, c'est un argument qui n'est pas très valable ; car le diabète et la gangrène persistent toujours. On peut encore le constater aujourd'hui et je suppose bien que ce n'est pas par plaisir que j'ai ordonné plusieurs séries d'injections d'insuline.

L'assuré étant garde-champêtre et assuré à ce titre, j'ai demandé au maire de s'occuper de la chose. Il n'a pu obtenir gain de cause bien qu'ayant déclaré que son garde-champêtre a affirmé sous serment, avoir bien mis la carte-lettre à la poste.

C'est une déchéance complète du droit aux prestations, si je comprends bien, pour toute la maladie.

Quel recours l'assuré peut-il avoir contre la Caisse?

Dr G.

Réponse

Nous vous confirmons qu'hélas ! l'article 6 § 12 du décret-loi de 1935 précise bien que la première constatation médicale de la maladie doit, sous peine de déchéance du droit aux prestations, être portée à la connaissance de la Caisse dans les trois jours, sauf cas exceptionnel que la Caisse appréciera.

Par conséquent, selon la rigueur des textes, la Caisse qui prétend n'avoir pas reçu une déclaration de maladie serait fondée à refuser toute prestation.

Nous vous signalons toutefois que la jurisprudence de la Cour de Cassation a donné de ce texte une interprétation bienveillante pour les assurés sociaux.

Elle estime que la déchéance ne joue que si deux conditions sont remplies :

1° *L'assuré ne fournit aucun motif valable de sa négligence à envoyer la carte-lettre dans les délais prescrits.*

2° *La Caisse a été dans l'impossibilité d'exercer son contrôle* (Cass. Civ., 20 janvier 1937).

Dans l'espèce que vous nous soumettez, aucune de ces deux conditions ne nous paraît remplie.

En effet, l'assurée non seulement n'a pas à fournir un motif valable de sa négligence, puisqu'elle soutient avec vraisemblance avoir envoyé la carte-lettre ; par ailleurs, s'agissant de diabète et de gangrène toujours persistants, la Caisse ne peut valablement invoquer une impossibilité de contrôle qu'il lui appartient de faire exercer encore aujourd'hui.

Par conséquent, nous conseillerions volontiers à votre cliente d'appeler la Caisse départementale devant

la Commission d'arrondissement pour obtenir le paiement des prestations.

Ce recours doit être exercé dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la notification de la décision de refus.

La Commission d'arrondissement doit être saisie par lettre recommandée adressée à son président siégeant au tribunal civil, greffe du tribunal civil du ressort du domicile du siège de la Caisse.

3.6fi9. — Voiture électrique. Abaissement de la densité de l'electrolyte pendant une charge de courte durée.

Je mets ma voiture en charge le midi pendant une heure ou une heure et demie (presque jamais deux heures, n'arrivant pas à rentrer à 11 h. 1/2).

Or, j'ai constaté constamment de très nombreuses fois que pendant ce temps la densité de l'électrolyte baissait : C'est ainsi que ce midi une demi-douzaine d'éléments pris au hasard étaient à mon arrivée à midi entre 23° et 25° et à 1 h. 1/2 après la charge de cette durée ils n'étaient plus qu'entre 21° et 23°. Et ceci est absolument constant.

Naturellement, au contraire pendant la charge de 8 heures de la nuit le degré des accus remonte normalement.

Je vous avoue que cette action des charges de courte durée me laisse rêveur !

Dr B.

Réponse

Voici une explication du phénomène que vous avez constaté pendant le commencement de la charge des accumulateurs de votre voiture.

Vous savez que, pendant la décharge, l'électrolyte contenu dans les pores des plaques agit sur le plomb en perdant son acide sulfurique.

La densité de cet électrolyte est donc beaucoup plus faible que celle du liquide qui est à l'état libre dans les éléments.

Quand on arrête la décharge, la diffusion se fait entre l'électrolyte libre et l'électrolyte des plaques, d'où abaissement de la densité de l'électrolyte libre.

Ce phénomène a lieu également pendant le commencement de la charge et il n'est pas rare, en effet, de constater que l'abaissement de densité de l'électrolyte libre est plus notable que l'accroissement de la densité que la charge provoque dans l'électrolyte des plaques.

Ce phénomène est une des causes qui rend difficile la connaissance exacte de l'état de charge d'une batterie.

On a coutume de dire que l'aréomètre Beaumé donne des indications formelles sur l'état de charge. Ce n'est exact que si on prend la densité plusieurs heures après que la charge ou la décharge a cessé, afin d'être bien sûr que la diffusion se trouve complète.

Noter également que la densité de l'électrolyte n'est pas la même au fond des bacs qu'à la surface. Or, c'est toujours sur l'électrolyte prélevé à la surface qu'on prend la densité. Ce n'est qu'après une charge prolongée qui provoque le dégagement des gaz, et par suite le brassage du liquide, que la densité devient à peu près uniforme.

Henri Petit



Gérant : J. Mignon — No d'autorisation : 77 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE   Nos 34 et 35   MARDI 1er SEPTEMBRE 1942

LE

CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579   Dr J. NOIR, Directeur   C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-65

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinical* (suite à la liste publiée dans notre numéro du 20 juillet 1942). — Sont proposés :

Clinique chirurgicale infantile : MM. Adam et Boissonnat.

Clinique chirurgicale et orthopédie de l'adulte : MM. Lascaux et Schaefer.

Clinique de neuro-chirurgie : MM. Philippe, Tardieu, Trotot, M. Placa (à titre étranger).

Clinique ophtalmologique : M. Brégeat.

Clinique chirurgicale Hôtel-Dieu : MM. Debeyre et Martinet.

Clinique thérapeutique chirurgicale, Vaugirard : MM. Darricau et Vincent.

Clinique chirurgicale Saint-Antoine : MM. Morel et Verne.

Clinique des maladies nerveuses : MM. Droguet et Rouzaud.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine....... **120 francs**
Étudiants .... **80 francs**
Le Numéro........ **5 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Clinique des maladies cutanées : MM. Bouvier, Delzant et Thorel.

Clinique obstétricale Tarnier : MM. Livory et Neveu.

Clinique obstétricale Baudelocque : M. Rousset.

Clinique obstétricale Port-Royal : Mme Siguier.

Clinique gynécologique. M. Guénon des Mesnards.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'ophtalmologiste.* — A la suite de ce concours, sont nommés ophtalmologistes des hôpitaux de Paris : MM. Morax et Offret.

— *Concours d'assistants en chirurgie.* — Un concours pour la nomination à douze places d'assistants en chirurgie des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 3 octobre 1942. Les inscriptions sont reçues du 9 au 18 septembre 1942 à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de santé.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** *Concours de chirurgien résidant.* — Un concours pour une place de chirurgien résidant des hôpitaux de Bordeaux sera ouvert le 10 novembre 1942. Inscriptions (jusqu'au 27 octobre) et renseignements au secrétariat général de l'Administration des hospices, 91, cours d'Albret, à Bordeaux.

— **Hôpital civil de Belfort.** — *Des concours sur titres et sur épreuves* auront lieu prochainement devant la Faculté de médecine de Nancy pour l'attribution de postes vacants à l'hôpital de Belfort : postes de médecin et phtisiologue, chirurgien, oto-rhino-laryngologiste, ophtalmologiste, accoucheur.

Pour renseignements, s'adresser à la XIVe direction générale de la Santé, 7, rue Lecourbe, à Besançon.

— **Hôpitaux de Guingamp et de Lannion.** *Concours de chirurgien.* — Un concours sera ouvert le 28 septembre 1942, à Paris, 3, avenue Victoria, pour la nomination à deux postes de chirurgien des hôpitaux de la région de Bretagne, savoir : un poste de chirurgien de l'hôpital de Guingamp ; un poste de chirurgien de l'hôpital de Lannion.

Inscriptions du 1er au 15 septembre 1942 à la direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 8, rue du Docteur Regnault, à Rennes (Ille-et-Vilaine).

— **Département du Loiret.** *Postes de médecin-inspecteur des écoles.* — Deux postes de médecin-inspecteur des écoles sont actuellement vacants dans le département du Loiret, le premier à la résidence d'Orléans, le second à la résidence de Gien.

Condition d'âge : de 25 à 35 ans (limite reculée du temps de mobilisation). Traitement : de 36.000 à 42.000 francs, plus avantages consentis aux agents du département (supplément de 6.000 francs, indemnités de résidence et de charges de famille) ; frais de déplacement remboursés.

Les demandes, rédigées sur timbre, doivent être adressées d'urgence au Préfet du Loiret, inspection de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, à Orléans, service auquel il convient de s'adresser pour obtenir tous renseignements complémentaires, notamment la liste des pièces à fournir par les candidats.

— **Hôpital de Mézières (Ardennes).** *Internat.* — L'hôpital de Mézières demande un interne en médecine : logement, nourriture, 700 francs par mois.

— **Hôpitaux psychiatriques de la Seine.** *Internat.* — Le concours d'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira le 15 octobre 1942. Inscriptions à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau, jusqu'au 12 septembre 1942.

— **Sanatorium de Pignelin (Nièvre).** *Internat.* — Une place d'interne est vacante au sanatorium de Pignelin (Nièvre).

Traitement de début : 1.110 francs par mois (plus 176 francs d'indemnité mensuelle pour les internes docteurs en médecine). Nourriture, logement, chauffage. S'adresser au médecin-directeur du sanatorium de Pignelin, par Nevers (Nièvre).

— **Concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la santé.** — Par arrêté en date du 1er août 1942, un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs adjoints de la Santé sera ouvert au secrétariat d'Etat à la Santé le 9 novembre 1942. Les épreuves écrites auront lieu à Paris et, éventuellement, dans un centre de la zone non occupée qui sera indiqué par la suite. Les épreuves orales auront lieu à Paris.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à quarante-cinq.

Les inscriptions seront closes le 20 octobre 1942.

Le concours est ouvert aux candidats des deux sexes titulaires du diplôme d'Etat de docteur en médecine et du diplôme d'hygiène. (*J. O.*, 9 août 1942).

— **Clermont-Ferrand.** *La médaille du Professeur Piollet.* — Une médaille, œuvre du sculpteur Guibert, a été remise au Professeur Paul Piollet, professeur de clinique chirurgicale, au cours d'une cérémonie qui s'est tenue dans la salle des actes de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, sous la présidence du Docteur Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé.

— **Médailles des épidémies.** — La médaille des épidémies est accordée aux docteurs et étudiant en médecine ci-après désignés :

DÉPARTEMENT D'ORAN. — *Médaille d'or*, à titre posthume : Méd. commandant Vidal Pierre (Rivoli).

Médaille d'argent : Docteurs Lamarque Pierre (Mostaganem) ; Monier Eugène (Oran).

Médaille de bronze : Docteur Bernère Pierre (Saint-Denis-du-Sig).

DÉPARTEMENT DE CONSTANTINE. — *Médaille d'or* : Docteur Tramini (I.-F.) à Aïn-Touta.

Médaille de Vermeil : Docteurs Benzitouni Mokrane (Saint-Arnaud).

Médaille d'argent : Docteur Couche Maurice (Colbert).

Médaille de bronze : M. Bayle Guy, étudiant en médecine (Colbert).

TERRITOIRES DU SUD. — *Médaille de bronze* : Méd.-lieutenant Viaud Raymond (Annexe de Biskra).

— **Comité national de l'Enfance.** *Vœux concernant les cantines scolaires.* — A la réunion du 28 juillet 1942, présidée par le Professeur Nobécourt, la Commission d'études sur les cantines scolaires a émis des vœux demandant le maintien et la multiplication des cantines scolaires ; demandant, aussi, des additions appropriées aux menus des cantines, pour obtenir un meilleur équilibre de la ration (augmentation de soupe, confiture, fromage et même fromage de lait écrémé, légumes verts, persil, cerfeuil, cresson).

— **Commission de l'enseignement médical.** — M. le Docteur Eugène MARQUIS, directeur de l'Ecole-de-médecine de Rennes, a été nommé membre de la Commission pour l'étude des réformes de structure qui pourraient être apportées éventuellement à l'enseignement médical. (*J. O.*, 9 août 1942).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Michèle MOGÈS, cinquième enfant du Docteur H. Mogès (Captieux, Gironde, 27 juillet 1942) ; d'Odile LANGEARD, deuxième enfant du Docteur Noël Langeard, laryngologiste de l'hôpital de Melun (Melun, Seine-et-Marne, 9, quai d'Alsace-Lorraine, 31 juillet 1942) ; de Monique GRANGÉ, troisième enfant du Docteur Louis Grangé et de Madame née Ginestous (Pau, 24 juillet 1942), et petite-fille du Docteur Ginestous, de Bordeaux ; de Philippe STRÉE, cinquième enfant du Docteur Albert Strée (Fougères, Ille-et-Vilaine, 9, rue de l'Horloge, 18 juillet 1942) ; de Brigitte REVEL, troisième enfant du Docteur Pierre Revel (Maure-de-Bretagne, Ille-et-Vilaine, 30 juillet 1942) ; de Marie-Claude TIBERI, fille du Docteur G. Tiberi (Paris, 9 août 1942) ; de Jean-Pascal PIERSON, quatrième enfant du Docteur C.-A. Pierson (Casablanca, Maroc, 4, rue de Rome, 31 mars 1942) ; de Dominique JAUPITRE, fille du Docteur Jacques Jaupitre (Chatillon-Coligny, Loiret, 28 juillet 1942) ; de Bertrand DUGÉ DE BERNONVILLE, troisième enfant du Docteur Dugé de Bernonville (Le Langon, Vendée, 21 juillet 1942) ; de Jean BOUTEILLE, fils du Docteur A. Bouteille (Gournay-en-Bray, Seine-Inférieure, 146, rue de Ferrières, 13 mai 1942).

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage, célébré le 28 juillet 1942 à Dourdan, de Mademoiselle Hélène DUFRESNE, Docteur en médecine à Dourdan (Seine-et-Oise), avec Monsieur Robert DELÉCLUSE, Docteur en médecine à Gorron (Mayenne).

— On nous prie d'annoncer le mariage, célébré à Dôle le 16 juin 1942, du Docteur Jean PITON, de Dôle (Jura), ancien interne des hôpitaux de Paris, avec Mademoiselle Marie BOURGEAT, fille du Docteur Bourgeat, chevalier de la Légion d'honneur, et de Madame Bourgeat.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henri GAUDIER, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lille.

Le Sou Médical

Nouvelles adhésions

Le Conseil a, au cours de sa séance du 7 août 1942, prononcé les admissions suivantes :

MM. les Docteurs Amiel Pierre, Trèbes (Aude) ; Authier, François, Sidi-Bel-Abbès (Oran) ; Baudet, A., Sauzon Belle-Isle-en-Mer (Morbihan) ; Brunetaud, A., Reims (Marne) ; Caillard, Edmond, Saint-Just-en-Chaussée (Oise) ; Clermont, André, Saint-Sever (Calvados) ; Clermont (Mme), Saint-Sever (Calvados) ; Dudognon, Pierre, Vatan (Indre) ; Faget, sanatorium de Plemet (Côtes-du-Nord) ; Gannat Gilbert, Auvers-s/Oise (Seine-et-Oise) ; Graziana, Armand, Créon (Gironde) ; Haon, Raymond, Palavas (Hérault) ; Jacquot, André, Paris-8e ; Knaub, André, La Clayette (Saône-et-Loire) ; Laforet, Jacques, Ste Eulalie de Cernon (Aveyron) ; Lassere, Joseph, Montesquieu-Volvestre (Hte-Garonne) ; Le Brun, L., Carentan (Manche) Le Roy, François, Forges-les-Eaux (Seine-Inf.) ; Lesauvage, Jean, St-Pierre-sur-Dives (Calvados) ; Maklouf, Antoine, Paris (5e) ; Malvoisin, Jacques, Macon (Saône-et-Loire) ; Martinaud, Georges, Bordeaux (Gironde) ; Mazingarbe, André, Montargis (Loiret) ; Moissy, Georges, Valognes (Manche) ; Moreau, Montrichard (Loir-et-Cher) ; Papet, Guy, Saint-Hilaire des-Loges (Vendée) ; Riant, Jean, Saint-Pierre-sur-Dives (Calvados) ; Samain, Henri, Saint-Erme (Aisne) ; Serbource, Georges, Vénarey-les-Laumes (Côte-d'Or) ; Thomeret, Georges, Paris (7e).

Vœux adressés à M. le Secrétaire d'État à la Santé par les Chirurgiens de la Sarthe

Les chirurgiens du département de la Sarthe réunis le 30 juillet 1942 ont émis les vœux suivants : Ils demandent que les chirurgiens puissent officiellement se grouper dans le cadre départemental, régional et national, afin d'étudier toutes questions intéressant leur profession et désigner leurs représentants auprès des pouvoirs publics départementaux, régionaux et nationaux. Ceux-ci pourront ainsi être informés par des délégués qualifiés des desiderata du corps chirurgical tant pour l'organisation future de la chirurgie que pour la défense de leurs intérêts professionnels.

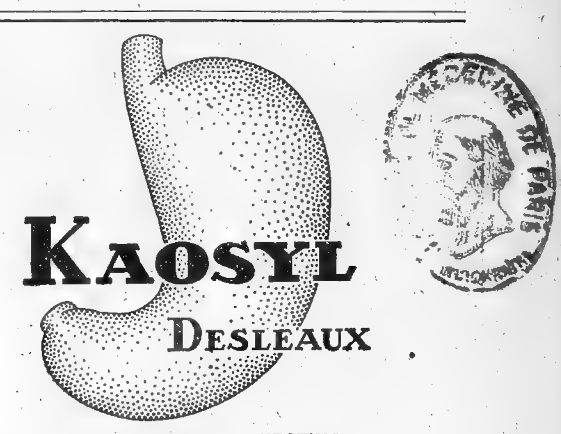
Ils estiment que l'organisation chirurgicale actuelle, quoique grandement améliorable à beaucoup de points de vue, a cependant pu, grâce aux organisations officielles et privées, assurer aux malades depuis de nombreuses années des soins très satisfaisants, et que tout projet d'avenir devra tendre d'abord à améliorer ce qui existe avant de démolir pour reconstruire dans l'inconnu.

Ils proposent en particulier comme modifications urgentes :

1° La qualification du chirurgien, en tenant compte des situations acquises, et en fixant les titres minima nécessaires, avec création possible d'une Ecole de chirurgie délivrant un diplôme.

2° La qualification des hôpitaux et maisons de Santé, qui devront présenter un minimum technique indispensable pour chaque grande spécialité. C'est ainsi que pour tenir compte des situations acquises, la qualification de chirurgien ne pourra être accordée qu'à ceux qui exercent exclusivement la chirurgie





et disposent d'une maison de Santé ou d'un hôpital dotés de moyens techniques suffisants.

C'est ainsi que seul un chirurgien qualifié, pourra, sauf urgence reconnue, opérer dans une maison de Santé qualifiée, avec responsabilité du propriétaire de la Clinique, pourra faire figurer cette qualité sur son papier à en-tête ; pourra postuler un poste officiel de chirurgien ; et figurer sur la liste préfectorale des spécialistes. Au-dessus de K 20, les malades ne seront remboursés par les Assurances sociales que s'ils ont été opérés par un chirurgien qualifié.

3° La réforme de la loi sur les hôpitaux .

L'entrée des cliniques dans le circuit hospitalier ne nous paraît souhaitable à aucun point de vue, les cliniques devant en principe être réservées à la clientèle payante, et les hôpitaux aux malades assistés ou économiquement faibles.

L'hôpital toutes classes ne s'explique qu'en cas de non existence ou de déficience des cliniques privées. Il ne devra en tous cas jamais devenir une arme contre les maisons de Santé privées. Il devra établir son prix de journée en tenant compte de tous les frais généraux, charges et impôts qui frapperaient un établissement similaire privé.

On ne peut penser à un chirurgien fonctionnaire que pour les grands hôpitaux. Cela ne nous paraît du reste pas souhaitable pour les malades ; il suffirait dans le système actuel d'assurer aux chirurgiens des hôpitaux des honoraires suffisants pour qu'ils puissent consacrer tout le temps nécessaire à leur service.

La nomination des chirurgiens des hôpitaux devra se faire par concours, au besoin dans une Faculté éloignée, avec titres minima nécessaires. Mais là encore il faudrait tenir compte de situations particulières : il nous paraît difficile de faire concourir ensemble un chirurgien de 50 ans, attendant une place à l'hôpital depuis 20 ans, avec un jeune frais émoulu de l'école, même de chirurgie.

Pour l'avenir le concours de chirurgien des hôpitaux d'une ville de province n'ayant pas de Faculté pourrait être passé à la sortie de l'Ecole de chirurgie, les places étant ensuite offertes dans l'ordre d'ancienneté de nomination. (*Communiqué*).

Le médecin rural suspendu

Un lecteur extra-médical nous écrit que dans un village qu'il connaît l'unique médecin, pour un délit de nature professionnelle, vient d'être suspendu pour plusieurs mois du droit d'exercer par le Conseil départemental de l'Ordre.

« Fort bien, dit-il : justice est ainsi faite. Mais cette décision a une conséquence inattendue et très dommageable aux habitants. Jusqu'alors ils avaient le médecin sur place et il ne leur coûtait, pour une visite, que 25 francs. Désormais ils doivent faire venir un médecin éloigné de 10 kilomètres et l'indemnité kilométrique a fait monter le prix de la visite à plus du triple. Les villageois trouvent qu'ils prennent une part bien coûteuse au châtiment encouru par leur médecin ».

Au fait, comment éviter ce ricochet d'une sentence qui aboutit à pénaliser bien injustement toute une population ?

Pour l'assainissement de Paris

La belle revue *L'Architecture française* (1) vient de publier un numéro spécial (mars-avril 1942) con-

(1) 155, rue de Sèvres, Paris-XV[e].





sacré à l'urbanisme de Paris et du département de Seine-et-Oise. On y trouve une documentation pleine d'intérêt et, en particulier, les plans de base qui serviront à l'établissement du futur plan général d'aménagement et d'embellissement de Paris.

Le côté sanitaire du problème est largement exposé dans un « Plaidoyer contre les îlots insalubres » écrit avec une flamme d'apôtre par le Professeur Joannon, de la Faculté de médecine de Paris.

L'auteur illustre son argumentation de deux exemples puisés dans les travaux que le Professeur R. Debré et lui-même ont consacrés aux questions d'hygiène.

La rougeole est « douce aux riches et dure aux pauvres ». Il est frappant de constater un parallélisme absolu entre le surpeuplement et la mortalité par rougeole. « La proportion des maisons, dans une voie donnée, ayant enregistré un ou plusieurs décès par rougeole, peut être considérée comme un bon indice de la pauvreté ou de la richesse de cette voie ».

Un travail statistique institué en 1927 par la Société des Nations et poursuivi sur 28 districts urbains et ruraux répartis dans 7 pays d'Europe, a montré la lourde influence du taudis sur la mortalité par maladies infectieuses et sa relative innocence quant à la mortinatalité et à la mortalité infantile.

Fort de ces deux exemples le Professeur Joannon trace leur devoir aux détenteurs de l'autorité, les adjure de se fortifier contre les menaces et les reproches de certains esthètes amoureux du passé et de s'en tenir, à propos du vétusté, à la formule « Tout l'utile, peu d'inutile, point de nuisible ».

G. L.



ORDRE DES MÉDECINS

Conseil départemental du Nord

Les articles ci-après du règlement départemental d'Assistance médicale gratuite sont modifiés ainsi qu'il suit avec effet du 1er juillet 1942 :

Tarif des soins médicaux : Les soins médicaux sont remboursés dans les conditions suivantes :

1° Consultation : 17 francs.

2° Visite : 18 francs.

3° Visite du dimanche et visite de nuit (de 21 heures à 7 heures du matin) : 36 francs.

Indemnité de déplacement. — L'indemnité est fixée à 2 francs par kilomètre parcouru tant à l'aller qu'au retonr.

L'indemnité de nuit de 21 heures à 7 heures est fixée à 3 francs.

Accouchements. — Accouchements simples : médecins, 300 francs — Accouchements gémellaires : médecins, 325 francs.

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32

PARTIE SCIENTIFIQUE

PRATIQUE MÉDICALE INFANTILE

L'ŒIL RÉVÉLATEUR DE TUBERCULOSE

Par le Docteur Liège,

Ancien chef de Clinique médicale infantile à la Faculté

Il est exceptionnel que l'œil soit une porte d'entrée pour le bacille de Koch. Les observations de cet ordre offrent surtout un intérêt scientifique, car elles ne se rencontrent presque jamais dans la pratique de la médecine infantile.

Plus fréquente, au contraire, sont les lésions sans caractère spécifique, phlycténulaires, que les anciens auteurs rattachaient à la scrofule, et que les recherches modernes et la pratique de plus en plus systématique des cuti-réactions à la tuberculine et des radiographies, montrent être en rapport avec la tuberculose.

En voici quatre exemples récents :

I. — La jeune V... Yvette est amenée à l'hôpital au mois de mai parce qu'elle souffre de l'œil droit depuis cinq mois, qu'elle tousse et présente un état général déficient.

Les antécédents héréditaires sont lourds :

La mère est morte de tuberculose intestinale et de pleurésie en 1932 ; l'enfant était restée à son contact.

Le père, gazé de guerre, aurait eu une bacilloscopie positive en 1933 ; il est réformé à 45 % pour bronchite chronique, sclérose pulmonaire gauche et voile du poumon.

Un frère de l'enfant est mort en décembre dernier à 19 ans, d'une méningite tuberculeuse, dans un sanatorium où il était en traitement depuis trois ans.

L'examen de cette fille, âgée de 14 ans 1/2, montre :

Une hypotrophie pondérale marquée : 38 kilos pour 156 centimètres, alors que la moyenne habituelle dé cet âge est de 46 kilos pour 154 centimètres. On note une *kérato-conjonctivite phlycténulaire* de l'œil droit qui dure depuis cinq mois ; on note également une *kératite phlycténulaire*, qui débute, au niveau de l'œil gauche. La cuti-réaction à la tuberculine est *fortement positive, déterminant une volumineuse phlyctène.*

La radioscopie montre des ombres hilaires diffuses et importantes, en particulier du côté droit, et la radiographie révèle un hile droit chargé, avec calcifications hilaires gauches.

L'enfant est envoyée à la campagne, soumise à un traitement général à base d'arsenic, de chaux, de phosphore, de fer. Elle est revue un mois après, les lésions oculaires ont disparu, le poids a augmenté de 2 kilos 150.

II. — La jeune Ph... Monique, est amenée à l'hôpital par sa mère pour une conjonctivite qui dure depuis 1 mois 1/2, un amaigrissement de un kilo de mai à juin, une bronchite qui, apparue au mois d'avril, avait cessé, mais a repris dans ces derniers jours.

Les parents sont bien portants, mais l'enfant a été au contact d'un oncle maternel jusqu'en décembre 1940. Cet oncle est mort de tuberculose le 15 mai dernier.

L'enfant a eu une otite à 10 mois, et a été opérée de végétations adénoïdes.

L'examen révèle :

1° Une *kérato-conjonctivite phlycténulaire bilatérale* sans lésions cornéennes graves.

2° De l'impétigo du visage, une gorge rouge, un écoulement nasal purulent, une otite suppurée gauche ouverte spontanément, de la poly-microadénopathie.

L'examen stétacoustique du poumon reste négatif, *mais une cuti-réaction à la tuberculine réalise une véritable ulcération croûteuse.* La radioscopie pratiquée le 20 juin, montre un élargissement notable des deux ombres hilaires avec accentuation des arborescences et petits nodules. La radiographie montre deux zones hilaires très floues. L'enfant est admise dans un service hospitalier.

III. — Un garçon de 7 ans, H... Pierre, est amené à la consultation le 27 juin, parce qu'il se plaint de l'œil gauche depuis plus d'un mois, qu'il tousse et ne prend pas de poids.

Les cinq autres enfants sont, paraît-il, bien portants.

La mère est morte d'une tuberculose pulmonaire, qui s'est déclarée à la suite de l'accouchement du cinquième enfant. Entrée à l'hôpital Saint-Joseph à la fin juin, elle y est décédée en septembre.

Elle n'est guère restée en contact avec ses enfants qu'une quinzaine de jours.

L'enfant est pâle, maigre (19 kilos 500), présente de la poly-micro adénopathie, de grosses amygdales.

On note une *kérato-conjonctivite phlycténulaire* de l'œil gauche.

La cuti-réaction à la tuberculine est très franchement positive, la radioscopie révèle une augmentation importante des ombres broncho-vasculaires. L'enfant est hospitalisé.

IV. — G... Jackie, né le 7 octobre 1937, est amené à la consultation le 10 décembre 1941 ;

Ses parents, forains de leur métier, sont bien portants. Le père est prisonnier et la mère a voyagé beaucoup depuis le début de la guerre, se séparant de temps à autre de son enfant. Elle le confia notamment, il y a environ 16 mois, à la garde d'un réformé 100 % de guerre 1918, qu'elle apprit par la suite être tuberculeux. Il reste trois mois au contact.

Depuis le mois d'octobre dernier, l'enfant a maigri de trois kilos, manque d'appétit, a fait du coryza avec une conjonctivite traînante qui a motivé une consultation d'un ophtalmologiste.

Un traitement local à l'oxyde jaune étant resté sans résultat, la mère consulte son médecin qui pratique une cuti-réaction à la tuberculine. *Celle-ci, présentant un caractère phlycténulaire,* l'enfant est adressé à l'hôpital pour radiographie.

A l'examen, on note une conjonctivite de l'œil gauche avec une phlyctène sur la cornée. Il existe de grosses amygdales. On ne note pas de polymicro-adénopathie. L'examen stétacoustique des poumons reste négatif.

La radiographie ne montre pas de lésions parenchymateuses, mais il existe un gros ganglion, latéro-trachéal droit. L'enfant est placé en préventorium.

C'est le plus souvent au printemps ou en automne que les enfants sont amenés dans les

consultations pour une inflammation de l'œil, qui, par sa persistance, inquiète les parents.

En règle, il s'agit d'enfants de milieux pauvres, et à ce titre, l'affection intéresse surtout la médecine hospitalière et la médecine scolaire. Le diagnostic en est facile, la ligne de conduite à suivre et la thérapeutique à instituer sont simples.

Les lésions atteignent la conjonctive et la cornée. Elles sont unilatérales ou bilatérales.

L'enfant se présente avec des éléments éruptifs siégeant, soit sur la cornée, soit sur la conjonctive, réalisant de petites phlyctènes ; l'état général est plus ou moins touché, les enfants maigrissent le plus souvent, et l'affection inquiète les parents parce qu'elle dure malgré les soins locaux.

La kérato-conjonctivite phlycténulaire est facile à reconnaître, elle constitue un trait d'union entre les ophtalmologistes et les médecins d'enfants, les soins locaux étant insuffisants à amener la guérison, et l'affection demandant un examen et un traitement d'ordre général.

De fait, la constatation d'une kérato-conjonctivite phlycténulaire, impose :

1° *Une enquête sur les ascendants* : Celle-ci révèle, le plus souvent, outre la misère physiologique, un contact plus ou moins prolongé avec un parent tuberculeux.

Les auteurs qui ont fait cette enquête, donnent les chiffres suivants :

Dans 56 % des cas, d'après Weckers, on trouve des manifestations nettes de tuberculose chez les ascendants. Pierret, Breton, Loison, sur 24 observations relatées, relèvent une tuberculose active chez les ascendants, dans 27 % des cas ;

2° *Une cuti-réaction à la tuberculine* : Celle-ci se montre positive avec une fréquence extrême.

Weckers donne une moyenne de pourcentage de 20 %, Pierret et ses collaborateurs trouvent 23 cutipositives sur 24 observations. L'intensité de la cuti-réaction est souvent notée : dans trois des observations ci-dessus, elle présentait une véritable ulcération croûteuse dans un cas, une allure phlycténulaire dans les deux autres.

3° *Un examen radioscopique du thorax* : Il montre en général plus de tuberculose latente que de tuberculose franchement évolutive, mais en règle, les images radiographiques attestent l'existence d'ombres anormales surtout dans les espaces hilaires ;

4° *Un traitement local et général* : La thérapeutique à mettre en œuvre est à la fois locale et générale. Localement, les ophtalmologistes conseillent l'application d'une pommade à l'oxyde jaune de mercure. L'huile de foie de morue, les préparations à base de chaux, de phosphore, de fer et d'arsenic, sont à conseiller. Les préparations iodées sont préconisées par certains, mais déconseillées par d'autres, en raison de leur action congestive.

L'affection se rencontrant surtout dans des milieux pauvres ou contaminés par le bacille de Kock, il est indiqué de séparer les enfants du milieu familial et de leur faire faire un séjour en préventorium.

Les auteurs qui ont suivi des enfants atteints de kératite phlycténulaire semblent d'accord pour ne pas considérer leur avenir sous un jour par trop sombre. Woringer estime que, chez eux, la mortalité par tuberculose n'excède pas 7 %. Toutefois, le séjour en préventorium peut éviter des accidents évolutifs au moment de la puberté, et a l'avantage de les placer dans des conditions d'hygiène, d'aération et d'alimentation nécessaires à la déficience de leur état général.

De nombreuses recherches cliniques, bactériologiques et expérimentales ont été faites pour établir la nature de la kérato-conjonctivite phlycténulaire.

La clinique établit que, dans la grande majorité des cas, cet accident est l'apanage d'enfants atteints de lymphatisme, dont les antécédents héréditaires sont lourds et coïncident avec des cuti-réactions franchement positives et des tuberculoses ganglio-pulmonaires plus ou moins latentes.

Les recherches bactériologiques n'ont pas mis en évidence de bacilles de Kock dans les lésions oculaires.

Des recherches expérimentales ont pu provoquer l'apparition de phlyctènes typiques chez des animaux tuberculeux en faisant des instillations de tuberculine dans le cul-de-sac conjonctival inférieur.

D'autres expériences établissent que les phlyctènes sont une manifestation allergique fréquente susceptible d'être provoquée par n'importe quelle protéide. Dans l'enfance, il semble bien qu'il s'agisse le plus souvent de tuberculoprotéide ; la fréquence des réactions tuberculiniques positives et des signes radiologiques de tuberculose ganglionnaire coexistants sont un argument de valeur pour cette pathogénie à laquelle donnent droit de cité les nombreux mémoires parus sur ce sujet dans ces dernières années.

En pratique, il en est de la kérato-conjonctivite phlycténulaire, comme de l'érythème noueux : leur constatation, en raison des nombreux faits cliniques qui établissent leur rapport avec la tuberculose, doit faire pratiquer des cuti-réactions à la tuberculine, des examens radiologiques du thorax, et prendre les mesures que nécessite à l'occasion d'une lésion locale la découverte d'une tuberculose plus ou moins latente.

SYNDROME D'INSUFFISANCE ALIMENTAIRE

Etude clinique

par Elizabeth Jacob et André Molina

Un peu partout en France, l'attention est attirée sur les effets de la sous-alimentation.

Depuis plus d'un an, nous avons pu récolter un grand nombre d'observations : soit d'ouvriers travaillant en usine — 3.500 femmes et hommes suivis par l'un de nous dans les consultations de dispensaires — soit de malades traités par l'autre dans un Centre psychiatrique important par le nombre des hospitalisés, où près d'un millier d'individus ont présenté le même état cachectique, la mortalité étant passée de 2,5 % à 35 % et même 50 % dans les services de chroniques.

I. — Syndrome de dénutrition fruste

C'est toujours l'amaigrissement le premier signe en date. Amaigrissement de 5 à 15 kilos, quelquefois davantage, qui peut rester la seule manifestation, l'activité des ouvriers n'étant pas diminuée. A l'opposé, et beaucoup plus rarement, la perte des forces est telle qu'il faut octroyer des périodes de repos.

Il y a parfois états subsyncopaux, voire véritables syncopes — mais sans manifestations cardio-vasculaires, la tension artérielle ne subissant que de faibles variations. Par contre, l'hypothermie est souvent notée aux environs de 36°.

Plus impressionnante peut-être, chez ces dépéris du premier stade, est l'apparition de brusques hémorragies par les voies naturelles : hémoptysies à répétition, épistaxis, dont ni le phtisiologue, ni le rhino-laryngologiste ne purent faire la preuve. Dans l'intervalle des périodes de saignement, l'individu se comportait comme un sujet normal.

Chez ces ouvriers, les plaies et les coupures saignent davantage et plus longtemps. Les ecchymoses cutanées et palpébrales sont fréquentes.

Les diarrhées sont tenaces, parfois profuses, mais cédant à la thérapeutique (l'arsenic pentavalent à petites doses, cinq centigrammes par jour, associé aux méthodes d'acidification, nous a donné de bons résultats).

La pollakiurie est souvent notée. Pas d'autre manifestation urinaire, ni génitale.

Certains ouvriers viennent consulter pour une douleur dorsale à point de départ latéro-vertébral avec irradiations intercostales, à type de radiculite, survenant à la station debout et à la marche, rapidement calmée par la position assise, dos appuyé ; douleur peut-être en rapport avec la fonte des muscles des gouttières vertébrales.

Signalons enfin la grande fréquence des petites suppurations, des abcès, des furoncles, et leur lenteur d'évolution. Et aussi la multiplicité des caries et des abcès dentaires.

II. — Syndrome de famine proprement dit

Nous retrouvons ici, et de plus en plus marqué, l'amaigrissement : 20, 30 et même 50 kilos (57 kilos dans un cas, pour un poids antérieur de 90 kilos). C'est une fonte complète, graisseuse et musculaire ; le malade devenant squelettique au sens littéral du mot. Dans ces cas extrêmes, la perte des forces est telle que le malade reste alité, quelques pas dans la salle provoquant une syncope.

L'hypotension artérielle est de règle, portant sur la Mx et la Mn ; la Mx est généralement au-dessous de 10. Voici des chiffres notés : 9-5, 6-2 1/2, 4-1 1/2.

L'hypothermie n'est pas moins marquée, toujours au-dessous de 36°, souvent entre 34° et 35° et même au-dessous de 34°, dernière graduation portée sur le thermomètre et que le mercure n'atteint pas.

Le syndrome hémorragique se présente surtout sous forme de taches pétéchiales, de placards purpuriformes, de phlyctènes hémorragiques. Les épistaxis se rencontrent également, et nous ne ferons que signaler une hématurie abondante sans signe concomitant de lésion rénale ou de lithiase, cas demeuré unique.

Les diarrhées chez ces grands amaigris, qu'elles soient d'aspect banal ou dysentériformes, sanglantes, cholériformes, sont profuses et rebelles aux thérapeutiques habituelles (tannin, bismuth, stovarsol, sulfamides, vaccins).

Les troubles d'ordre neurologique sont plus rares ; nous avons observé néanmoins trois cas de polynévrite des membres inférieurs avec abolition des réflexes tendineux et un nombre plus grand de simple diminution de la réflectivité. Plus fréquentes, par contre, ont été les crises convulsives, chez des malades n'en ayant jamais eu ; elles présentaient les caractères de crises hypoglycémiques (quelques taux de glycémie à 0,25 dans ces cas).

Comme chez les petits dépéris mais sur une beaucoup plus grande échelle, nous retrouvons les suppurations multiples : apparition spontanée d'abcès banaux, dont le nombre peut atteindre 10 à 15. Les furoncles, les anthrax sont d'une extrême fréquence.

La peau est généralement altérée, sèche, rugueuse, écailleuse, squameuse et siège de dyskératoses.

Mais, de tous les symptômes, les plus caractéristiques à cette période sont bien les troubles de la diurèse et les œdèmes.

Les troubles de la diurèse sont intenses. Pollakiurie avec polyurie parfois marquée, trois litres en moyenne, jusqu'à 5 l. 200 dans un de nos cas ayant évolué rapidement vers la mort. A l'inverse, l'oligurie est encore plus fréquente et liée alors à l'œdème, s'accentuant jusqu'à l'anurie au fur et à mesure que ce dernier augmente.

L'œdème, symptôme le plus frappant, est un signe de gravité réelle. D'apparition péri-malléolaire le plus souvent, mais aussi faciale, péri-orbitaire, il peut rester localisé ou se généraliser peu à peu à tout le corps, même aux séreuses (ascite, hydrothorax) : la courbe de poids de ces grands amaigris remonte alors de 8, 10 et 20 kilos. C'est un œdème blanc, parfois cyanotique, mou, prenant le godet ; il est mobile, plus marqué aux parties déclives. Il peut disparaître au début sous l'influence de l'alitement et surtout d'une reprise de l'alimentation. Il ne paraît pas influencé par les médications ; le régime déchloruré est sans action. Disparu, il peut réapparaître, alors plus tenace. Lorsque rien ne peut être modifié dans la ration ou, plus exactement, lui être ajouté, il s'accentue jusqu'à l'exitus.

Terrain d'éclosion de la tuberculose. — A tous les stades de la dénutrition, ganglionnaire, surtout pleurale et pulmonaire, la tuberculose est fréquente. Formes à évolution souvent rapide, véritables flambées.

III. — Evolution

Elle est dominée par l'alimentation. Nombre de petits dépéris, après quelques signes d'alarme, se stabilisent par l'apport de suppléments. Notons, à ce propos, l'incidence heureuse des cantines d'usine qui évitent la précipitation ou l'indigence du repas de midi.

Chez les grands affamés, lorsque rien ne vient *à*

temps modifier leur ordinaire, l'évolution se fait, tôt ou tard, fatalement vers la mort. Celle-ci survient lentement, l'appétit, plus exactement la faim, étant conservée jusqu'au bout. Parfois elle est hâtée par une poussée tuberculeuse ou un épisode banal en soi : une légère grippe, une congestion pulmonaire ou un simple abcès dentaire qui évoluent brutalement et tuent en quelques jours.

Enfin, signalons la possible toxicité, chez ces grands affaiblis, de certains médicaments usuels, tels que la digitaline.

IV. — Influences favorisantes

a) Influence du sexe.

Hommes plus fragiles, donc à mortalité plus élevée. Dans les services de femmes, le syndrome de famine apparaît un an plus tard.

b) Influence de l'âge.

Maximum net entre 30 et 50 ans.

V. — Considérations pathogéniques

La nécessité de « faire court », conséquence de la crise du papier, nous oblige à être très brefs sur ce point. Aussi bien les différents auteurs qui ont étudié la question sont-ils d'accord pour reconnaître l'obscurité du mécanisme et notre étude vise-t-elle surtout à être clinique. Résumons donc rapidement nos constatations pathogéniques (1).

Ni l'insuffisance cardiaque, ni l'hépato-rénale (l'azotémie est normale ou abaissée), ni l'anémie, ni même l'avitaminose (la vitamine C qui fait disparaître l'ascorburie ne modifie guère le tableau clinique) ne peuvent être utilement invoquées. Davantage peut-être le déséquilibre alimentaire indiqué par certains auteurs (Guy Laroche, et aussi H. Gounelle et P. Mauriac, avec leurs collaborateurs) : et encore, au moins chez les petits dépéris, faudrait-il admettre la nécessité d'une disposition individuelle, car nous avons observé des cas à régime manifestement déséquilibré où l'apport d'une faible ration supplémentaire — beurre surtout — bien que nettement insuffisante pour rééquilibrer l'alimentation, permettait le maintien d'un assez bon état général avec, même, reprise de poids.

A un stade avancé de cachexie, ce n'est pas le déséquilibre de l'alimentation qui importe, c'est avant tout son insuffisance. A ce propos, une denrée, la pomme de terre, mérite de retenir l'attention, malgré son pouvoir calorique relativement peu élevé. Dans notre hôpital, les chutes de poids se sont précipitées à partir de la substitution à ce légume de choux, carottes, betteraves, etc... Et nous avons vu la contre-partie. Au moment de la récolte des pommes de terre, quelques-uns des malades affaiblis sont allés aider au ramassage. Ils se sont « débrouillés » bien entendu ; malgré une certaine surveillance, ils emplissaient leurs poches des précieux tubercules, en consommant environ un kilo par jour en surplus de leur maigre ration. Les courbes de poids de ces travailleurs ont alors remonté sans exception. L'exemple, entre une cinquantaine d'autres, est typique de cet homme de 74 kilos, en ayant perdu 30 et devenu profondément asthénique, qui, dans de telles conditions, récupéra 19 kilos et ses forces.

VI. — Thérapeutique.

Y a-t-il des traitements de ces syndromes de sous-alimentation ?

(1) Nous remercions le Docteur A. Grigaut qui a bien voulu faire les recherches que nous lui avions demandées.

A leur début, les méthodes stimulantes habituelles, les toni-cardiaques, les médications phosphorées, calciques, vitaminées, les sérums animaux paraissent donner quelques résultats. Mais, là déjà, le seul traitement efficace consiste dans le repos et une modification, même si elle ne peut être très marquée, de la ration (apport supplémentaire en beurre, par exemple).

Au stade confirmé de famine, tous les traitements tentés ont échoué. Si certains ont un effet symptomatique indéniable — les sérums sucrés quotidiens font disparaître les crises convulsives, les modifications des réflexes, les manifestations purpuriformes sont plus discrètes et moins fréquentes chez les malades traités par les injections de vitamines B1 et C — les uns et les autres restent sans action sur la fonte pondérale, sur les œdèmes, sur les troubles de la diurèse, sur l'atteinte progressive de l'état général.

Seul, l'alitement continu paraît donner une survie à ces affamés.

Seule, la reprise de l'alimentation, *s'il en est temps encore*, leur confère de nouveau l'aptitude à vivre.

SUR LA VALEUR SUBSTITUTIVE DE L'ALCOOL DANS LA RATION ALIMENTAIRE

Données physiologiques

La question de l' « alcool aliment » a été bien des fois discutée. En ces temps de restrictions, elle redevient d'actualité et mérite d'être à nouveau envisagée, en tenant compte des travaux physiologiques récents sur ce sujet.

On sait qu'après ingestion d'alcool, l'organisme en élimine par les émonctoires une faible quantité (10 % au plus) et en oxyde (production de CO^2 et H^2O), en « brûle » la presque totalité. La combustion de l'alcool dans les tissus est, il est vrai, très lente, d'où son accumulation s'il est pris en quantités trop grandes ou trop rapprochées.

La combustion d'un gramme d'alcool dégage 7 calories, mais y a-t-il utilisation de cette énergie par l'organisme, et sous quelle forme ? Pour comprendre ce problème, dit M. le Professeur Henri Hermann dans un récent article du *Lyon médical*, il faut se rappeler que les dépenses de l'animal homéotherme sont de trois sortes principales : 1° celles du travail musculaire ; 2° celles de la thermogénèse ; 3° celles du métabolisme de base.

L'alcool peut-il intervenir dans l'énergie consommée par le travail musculaire ? On a dit que le travailleur manuel pouvait faire une meilleure combustion de l'alcool. Il est exact que la quantité maxima d'alcool compatible avec une destruction complète est plus élevée chez les sujets effectuant un travail intense que chez ceux accomplissant un travail modéré. Mais, physiologiquement, comme l'ont établi les travaux de Carpenter, Lee et Burdett, de Nyman et Palmlow, d'E. Le Breton (1934), le muscle n'utilise

SYMPATHYL

Régulateur du Système Neuro-Végétatif

3 à 8 comprimés par jour

INNOTHERA
ARCUEIL (Seine)

HYPERCHLORHYDRIE
TOUTES DOULEURS GASTRIQUES

GASTROSEDYL

GOUTTES

Le grand remède de toutes les
GASTRALGIES

COMPOSITION INCHANGÉE

Teinture Dausse de belladone.......	46
Teinture Dausse de jusquiame	20
Liqueur ammoniacale anisée	20
Bromure de Sodium...	13
Phosphate de codéine.	1

Antispasmodique certain

Régulateur de l'acide gastrique

Sédatif à Effet immédiat

POSOLOGIE

10 à 30 gouttes dans un peu d'eau sucrée après les repas et au moment des douleurs

LABORATOIRES J. LANDRIER
Coulange-sur-Yonne, (Yonne)

Anémies hypochromes - Chlorose

GLOBIRON

Laboratoire **ROGER BELLON**
78 bis, Avenue Marceau, **Paris**
24, Chemin de St-Roch, **Avignon**

FOIE ET REIN DEFICIENTS



CHOPHYTOL

AMPOULES INJECTABLES

DRAGÉES & GOUTTES "per os"

Laboratoires **ROSA** 11 Rue Roger Bacon – PARIS 17e

pas directement l'énergie de l'oxydation alcoolique et pour le travail musculaire lui-même la substitution d'alcool dans la ration alimentaire est inefficace (Hermann).

L'alcool peut-il intervenir dans la thermogénèse de réchauffement ? L'ingestion d'alcool est suivie d'une certaine impression de chaleur et sa combustion dégage un nombre appréciable de calories. On ne saurait conclure de là toutefois que l'alcool peut assurer dans une mesure intéressante les besoins thermiques. Il ne peut apporter qu'une contribution occasionnelle et *non réglable* (E. Le Breton) aux dépenses de la thermogénèse. On ne saurait, en tout cas, tant s'en faut, lui attribuer la même valeur thermogénétique qu'aux glucides, lipides et protides.

L'alcool peut-il intervenir dans l'organisme pour couvrir les dépenses du métabolisme de base ? D'après Schœffer et E. Le Breton, l'énergie potentielle de l'alcool est utilisée dans la respiration élémentaire des cellules et elle fournit un certain nombre des calories nécessaires aux réactions de synthèse. Comme le note M. le Professeur Hermann, c'est à ce titre et à ce titre seulement que l'alcool peut être considéré comme un aliment, parce qu'il économise les quantités isodynames de sucre et de graisse auxquelles les tissus feraient appel pour assurer leur métabolisme si l'alcool ne leur était pas offert. Encore est-il nécessaire, pour que cette épargne se réalise, que l'alcool soit ingéré en plusieurs fois, à faible dose et en solution diluée.

A titre accessoire, enfin, l'alcool partage avec d'autres substances (kola, coca, café, etc.), la propriété de stimuler l'organisme et d'amoindrir la sensation de fatigue (Polonowski).

En résumé, dit le Professeur Hermann, s'il peut apparaître légitime de rechercher dans l'alcool un complément à une ration alimentaire insuffisante, c'est à une condition impérieuse : que la quantité ingérée soit fractionnée, diluée, prise aux repas et ne dépasse pas la dose de un gramme par kilogr. et par vingt-quatre heures.

Si l'utilisation de l'alcool par l'organisme, sur les bases qui viennent d'être indiquées, justifie qu'on accorde à cette substance la valeur d'un aliment, c'est malheureusement un aliment d'un type très particulier, en ce sens que ses propriétés pharmacologiques et sa toxicité limitent étroitement son emploi. Le point de vue pathologique domine ici la question. L'homme ne doit pas se laisser tromper par les dangereuses « illusions » de l'alcool, son action euphorique et excitante sur le système nerveux. Le travailleur manuel ne doit pas croire que le travail de force « brûle » beaucoup d'alcool : la dose oxydée n'est pas chez lui très supérieure à ce qu'elle est chez un sujet à activité musculaire modérée. Il importe, en un mot, en cette matière, d'avoir toujours présents à l'esprit la toxicité de l'alcool et les méfaits de l'alcoolisme, que le médecin ne saurait se lasser de signaler.

P. Lacroix.

UN TRAITEMENT DES PORTEURS DE BACILLES TYPHIQUES

De nombreux convalescents de fièvre typhoïde demeurent longtemps porteurs de germes et risquent ainsi d'être à l'origine de nouveaux cas de la maladie, à l'exemple de la cuisinière américaine, qui a été de cette manière la cause de 53 contaminations.

L'ignorance où nous sommes d'un traitement médical efficace, entraîne à conseiller aux convalescents, reconnus porteurs de bacilles, la continuation prolongée aussi longtemps que nécessaire des mesures de désinfection des selles. Il ne faut pas se dissimuler que cette mesure indispensable n'est souvent pas respectée. En pratique non hospitalière, les porteurs de bacilles ne sont généralement même pas reconnus, étant donné la difficulté pratique de faire procéder aux examens de selles jusqu'à obtention de plusieurs résultats négatifs.

Ces considérations donnent tout leur intérêt à la méthode simple signalée par deux auteurs américains (Saphir et Hawell, in *The Jour. of the Améric. Ass.*, 18 mai 1940), qui ont utilisé le tétraiode par voie buccale et ont ainsi obtenu la disparition des bacilles, qui n'étaient pas réapparus sept mois après le traitement. Le tétraiode s'éliminant par les voies biliaires, on conçoit la possibilité de désinfection de la vésicule, réservoir habituel des bacilles typhiques.

Récemment employée dans deux cas, cette méthode s'est montrée efficace.

Chez une malade atteinte de typhoïde en novembre 1941, des coprocultures successives avaient montré la présence de bacilles d'Eberth en janvier, février, mars et avril.

Après une seule prise de tétraiode, le 27 avril, deux copro-cultures ont été négatives le 1er et le 21 mai.

L'autre observation est plus démonstrative, l'atteinte paratyphique remontant au printemps 1939. Présence de bacilles paratyphiques B dans les selles en avril et mai 1942. Tétraiode le 27 mai. Disparition des bacilles constatée le 29 mai et le 12 juin.

De nouvelles vérifications des selles seront évidemment nécessaires dans un délai éloigné. Cependant, ces deux cas sont encourageants et permettent d'affirmer au moins que la méthode vaut d'être essayée, surtout si l'on se souvient que l'absence de tout autre procédé efficace a pu faire préconiser en tels cas la cholécystectomie, solution difficilement acceptée par le sujet nocif mais non malade lui-même.

Dr P. Léculier (Fleury-les-Aubrais).

Les livres qui viennent de paraître....

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain

André Ravina. — **Manuel de phtisiologie.** Un vol. 500 p., 118 fig., 1942. Prix : 130 francs.

Henri Vignes et J. Dugas. — **Maladies des femmes enceintes.** — V. - Coeur. Un vol., 300 p., 95 francs. — VI. - Maladies des vaisseaux. Un vol. 172 p., 60 francs.

Les Sociétés Savantes

Académie de médecine

La pathogénie du diabète insipide humain

(M. R. Kourilsky ; 5-5-1942)

Le diabète insipide humain, envisagé autrefois comme une névrose de la soif, est, depuis 40 ans, à la suite de recherches physiologiques expérimentales, généralement considéré comme une polyurie.

Or, les études physio-pathologiques récentes de l'auteur lui ont montré l'inexactitude de cette pathogénie. Le phénomène essentiel de cette affection, dit-il, est non la polyurie mais la soif, conformément à l'opinion ancienne de Grisolle et de Trousseau.

La cause du diabète insipide résiderait, dès lors, avant tout, dans un dérèglement de l'appareil de régulation de la soif, siégeant vraisemblablement dans la région hypothalamique. Ce trouble existe indépendamment de la perturbation du centre diurétique situé dans la même région. Il est également soumis à l'influence du lobe postérieur de l'hypophyse.

Sur l'utilisation en confiserie de certains noyaux

(M. R. Fabre ; 19-5-1942)

Les noyaux de nombreux fruits (cerisier, pêcher, abricotier, prunier, etc.) contiennent un hétéroside cyanogénétique en proportion notable. Un kilo d'amandes de cerises, d'après Geiseler, fournit 3 gr. 50 d'acide cyanhydrique provenant de l'hydrolyse de cet hétéroside. De même, 1 kilo d'amandes amères donne, par dédoublement dans l'organisme d'un hétéroside qu'elles contiennent, 2 gr. 50 d'acide cyanhydrique. Or, la dose toxique de celui-ci est de 1 milligramme par kilo. Cette dose représente pour l'homme adulte 24 à 28 grammes d'amandes amères et notablement moins pour un enfant.

En matière de confiserie, toutefois, il faut tenir compte de ce fait que le glucose (constituant du sucre de raisin) est un antidote classique de l'acide cyanhydrique, avec lequel il se combine. Dans ces conditions une tolérance a été fixée par arrêté du 31 mars 1942 à un taux de 10 milligrammes pour 100 grammes.

M. Fabre, considérant d'une part le danger qu'il y a à laisser consommer, surtout par les enfants, des aliments contenant de l'acide cyanhydrique, mais admettant d'autre part que ce toxique, au taux de 10 milligrammes pour 100 grammes proposé par le ravitaillement, est susceptible d'être neutralisé dans les pâtisseries et confiseries qui contiennent du glucose, propose le vœu suivant :

« Tant que dureront les difficultés de ravitaillement en amandes douces, l'emploi des amandes amères en quantité telle que le taux d'acide cyanhydrique ne dépasse pas 10 milligrammes pour 100 grammes, sera toléré dans la fabrication des confiseries ou pâtisseries lorsque celles-ci contiendront simultanément du glucose ou du sucre interverti (sucre de fruits). Cet emploi est interdit dans tous les autres cas.

L'emploi de noyaux d'abricots en confiturerie reste toléré dans les limites correspondant aux usages ».

Académie de chirurgie

Sur les fièvres post-opératoires

(M. D. Petit-Dutaillis ; 11-3-1942)

Dans la très grande majorité des cas, les fièvres post-opératoires sont d'origine septique et il ne faut éliminer l'infection, en pareille circonstance, qu'après un examen minutieux et complet de l'opéré. Il peut exister cependant des hyperthermies post-opératoires purement fonctionnelles, encore assez mal définies cliniquement et pathogéniquement. Dans une récente communication, M. Jean Gosset a appelé l'attention sur ces fièvres dont l'une des plus typiques est le syndrome pâleur-hyperthermie, parfois observé chez le nourrisson à la suite de certaines opérations. Des hyperthermies d'un ordre analogue se rencontrent, d'autre part, communément, après les interventions portant sur la thyroïde, la surrénale, l'hypophyse.

M. Petit-Dutaillis rappelle qu'il a signalé, dès 1934, la possibilité d'hyperthermies purement fonctionnelles susceptibles de se manifester chez l'adulte après une opération banale. Chez une de ses malades, un syndrome typique de pâleur et hyperthermie (41°) apparut le lendemain d'une appendicectomie à froid. Les accidents disparurent après deux heures de réfrigération générale.

Quelques auteurs ont invoqué, comme pathogénie de ces troubles, l'œdème cérébral, mais on reste encore ici dans le domaine hypothétique.

— M. Welti rapproche ces fièvres post-opératoires fonctionnelles des orages hyperthermiques qui surviennent chez les basedowiens dans les heures qui suivent une thyroïdectomie faite dans de mauvaises conditions. Les premières et les seconds dérivent probablement d'un déséquilibre neuro-végétatif. Des précautions du même ordre que celles prises pour la thyroïdectomie dans la maladie de Basedow (repos préalable, sédatifs, etc.) pourraient avoir une action préventive de ces phénomènes morbides.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Le traitement de la myasthénie par la cortine de synthèse ; ses dangers

(MM. Mollaret, J. Lereboullet, Grassiord et Rouzaud ; 13-3-1942)

Ayant tenté récemment de traiter par l'acétate de désoxycorticostérone un cas de myasthénie, les auteurs attirent l'attention sur les accidents dramatiques, et notamment l'œdème aigu du poumon, qui ont brutalement interrompu cet essai thérapeutique. Ces accidents semblent justifier la plus extrême prudence dans le maniement de cette hormone ; en général, les œdèmes périphériques et l'hypertension artérielle elle-même surviennent progressivement, laissant ainsi le temps de suspendre ou de réduire la médication.

Méningite à staphylocoques dorés guérie par le sulfathiazol non méthylé ou 2090 R. P.

(M. P. Monail, d'Alger ; 20-3-1942)

Cette observation vient démontrer, avec vérifications bactériologiques à l'appui, la valeur de la sulfamidothérapie dans les manifestations pathologiques du staphylococcus aureus, fait non reconnu encore par certains auteurs. C'était un blessé cranien, à suppuration latente, qui a présenté un épisode

méningé grave, ayant rétrocédé sous l'influence du 2090 R P., et qui conserve actuellement des staphylocoques dorés au niveau de sa brèche osseuse.

G. F.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

Séance du 10-3-1942

Sur le lait

M. le Professeur BARRIER estime que c'est au lieu de production que s'effectue une grande partie de la pollution du lait. Médecins, vétérinaires et inspecteurs de la Santé publique doivent collaborer étroitement du lieu de production au lieu de consommation. Une collaboration étroite des départements de la Santé publique et de l'Agriculture, est à souhaiter à ce sujet.

M. L. GROLLET. — La question du lait les intéresse directement l'un et l'autre. L'éducation du personnel est à faire ; on arrivera ainsi à améliorer les conditions d'hygiène, et à éviter la diffusion des maladies transmissibles par le lait. Aux médecins comme aux vétérinaires incombe la mission de montrer ici la nécessité de la propreté et de l'hygiène : propreté du personnel chargé de la traite et de l'animal.

M. LEREBOULLET voudrait que les médecins et les vétérinaires se groupent pour étudier les questions relatives au lait.

M. le Professeur GUITTONNEAU fait déposer un vœu demandant que le contrôle des laits ressortissant au Secrétariat d'Etat à la Santé voit son action se prolonger par un organisme éducatif, travaillant étroitement avec les industriels.

La chimie du cerveau

Rapport par M. le Professeur POLONOVSKI

Après avoir montré la complexité, du point de vue chimique, de la constitution d'un organe aussi hétérogène que l'encéphale, et l'impossibilité d'envisager dans un court exposé le problème de tous ses composants minéraux et organiques, M. Polonovski essaie simplement de dégager quelques aspects plus particuliers du chimisme des centres nerveux : leur constitution en certains lipides spécifiques, le métabolisme énergétique presqu'entièrement emprunté à la dégradation du glucose, le rôle de l'acétylcholine, et enfin la place spéciale de l'acide l-glutamique dans les échanges azotés au niveau du cerveau.

M. LEMATTE rapporte le résultat de ses observations sur les compositions minérales du cerveau. Le cerveau humain pèse environ 1.000 grammes pour un poids corporel de 65 kilos. Celui du bœuf, 400 grammes pour un poids de 700 à 900 kilos. Si l'on fait les rapports entre les poids du cerveau et les poids corporels, on trouve : pour l'homme 1/65 et pour le bœuf 1/2.000. Si l'on observe que les réactions organiques sont en grande partie sous l'influence de l'encéphale, il faut laisser aux physiologistes le soin de tirer des conclusions. Le phosphore est la dominante du cerveau. On le considère comme le métalloïde de la pensée.

Résistance et réceptivité cancéreuse chez l'homme et chez les animaux, par M. Ch. TAGUET.

Sur la sécrétion interne de la glande venimeuse des serpents, par M. BOBEAU.

La Presse

La carence en glycogène du myocarde dans la maladie de Bouillaud

R. LUTEMBACHER insiste sur l'importance des troubles du métabolisme des glucides dans la maladie de Bouillaud ; ils sont réalisés par suite de la spoliation du glucose ou du glycogène exercée par le salicylate ou l'antipyrine, et insuffisamment compensée par l'alimentation : d'où l'apparition possible de graves perturbations à l'activité du cœur, grand consommateur de sucre. Quand, à la carence des glucides s'ajoute une insuffisance endocrine du pancréas, les accidents d'asystolie éclatent malgré une glycémie voisine de la normale. Lorsque du fait d'une recrudescence hépato-pancréatique du rhumatisme, on observe chez un cardiaque de l'hyperglycémie et même de la glycosurie, il faut néanmoins maintenir une dose suffisante de glucose en accroissant les unités d'insuline. L'insuline est, en effet, nécessaire à l'utilisation du glucose dans le cœur et à la synthèse du glycogène dans le myocarde. D'une manière générale, ces accidents d'asystolie, qui ne rétrocèdent pas avec les tonicardiaques seuls, peuvent être évités par un apport alimentaire convenable ; il n'en est plus de même lorsque, par erreur de régime ou en période de restrictions, l'apport des hydrates de carbone est inférieur aux besoins de l'organisme. (*Le Bulletin médical*, 15 juin 1942).

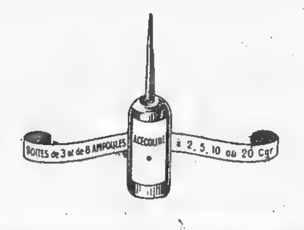
Les tumeurs malignes des viscères thoraco-abdominaux chez l'enfant

M. FERRU (de Poitiers) envisage pareilles tumeurs, dont la malignité est caractérisée par la rapidité relative de leur évolution anatomo-clinique vers une issue fatale, qui en fait des cancers du jeune âge. Les trois ou quatre premières années de la vie semblent particulièrement favorables à ces lésions. La rigueur de leur pronostic fatal pourra parfois être atténuée par une opération, dont les chances de succès seront d'autant moins faibles que le diagnostic aura été fait plus précocement. (*Gaz. Méd. de France*, mai 1942).

La traversée de la vitamine B^1 (aneurine) après surcharge

MM. Noël FIESSINGER et M. LAMOTTE étudient comment cette vitamine hydro-soluble réalise la traversée de l'organisme, suivant les voies d'introduction d'une part, et suivant le climat pathologique de l'autre. L'expérimentation montre que l'organisme normal fixe, utilise ou perd 60 à 70 pour 100 de la vitamine injectée en surcharge et cela en l'absence de tout phénomène carentiel. D'autre part, dans les affections gastriques graves, cancer ou ulcère, il semble exister, comme conséquence de la dénutrition générale, une impossibilité de fixer une quantité moindre encore de ce surcroit de vitamine, soit une carence relative de fixation ; les polynévrites alcooliques, au contraire, se comportent comme si elles retenaient en partie la vitamine injectée, ce qui prouverait une carence d'apport en vitamine B1. On comprend que, sur cette base, la vitaminothérapie ne peut être utile que pour ce deuxième cas, et se montre entièrement inutile pour le premier. (*La Presse médicale*, 30 juin 1942).

G. F.


BOITES de 3 et de 8 AMPOULES
ACÉCOLINE
à 2, 5, 10 ou 20 Cgr

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE TEXTE ET L'ESPRIT DE LA LOI ORGANISANT LA MÉDECINE DU TRAVAIL

Cette loi, datée du 28 juillet 1942, a été publiée dans le *Journal Officiel* du lendemain 29 juillet.

Elle ne fait que codifier les divers points d'une doctrine médico-sociale dont nos lecteurs ont pu suivre depuis des années la lente édification et qui prend une place de premier rang dans l'actuel réaménagement des activités nationales.

La promulgation d'une loi depuis longtemps attendue n'aurait donc fourni qu'un sujet d'information professionnelle si l'article 8, définissant le rôle des services médicaux du travail, n'avait attiré l'attention.

Il s'exprime ainsi :

« *Les médecins du travail veillent au maintien et à l'amélioration de l'état de santé des travailleurs dans des conditions qui seront précisées par arrêté du secrétaire d'Etat au travail, sur la proposition du comité permanent créé par l'article 4 de la loi du 31 octobre 1941* ».

« *A cet effet, ils doivent notamment procéder lors de l'embauchage et, par la suite, à intervalles réguliers, à un examen médical complet de chaque salarié, exercer une surveillance constante sur les jeunes ouvriers et les apprentis, s'assurer que chaque travailleur reçoit un emploi à la mesure de ses forces et de ses facultés et contrôler les conditions de travail et d'hygiène dans les ateliers. Ils peuvent, au siège du service médical, donner leurs soins aux salariés atteints d'affections qui n'entraînent pas la cessation du travail* ».

Ce sont ces dernières lignes qui rendent un son nouveau et quelque peu discordant aux oreilles du praticien.

Partout, en effet, en toute occasion, et par les interprètes les plus qualifiés, la doctrine de la médecine du travail avait été univoque sur un point capital : faite tout entière de surveillance sanitaire, de mesures préventives, de défense des intérêts physiologiques du travailleur, d'organisation humaine et humanitaire du travail, la médecine du travail ne devait d'aucune façon empiéter sur le domaine de la médecine traditionnelle qui se confine dans les soins aux malades. Ainsi seraient à la fois évités les heurts d'attributions entre les deux techniques et préservés les intérêts vitaux des médecins praticiens.

L'article 8, on le voit, donne un démenti d'importance à cette convention sur laquelle tous les intéressés s'étaient mis d'accord.

Aussi nous a-t-il semblé nécessaire de demander sur la rédaction dudit article l'avis de personnalités qualifiées.

Parmi celles-ci aucune ne pouvait parler avec plus d'autorité que le Docteur Barthe, lui-même médecin d'usine depuis plus de vingt ans, propagandiste et initiateur de la médecine du travail, et appelé, ès qualité, à siéger au Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, et que le Docteur Gros, lui aussi théoricien de la première heure, ancien médecin d'usine et actuellement médecin inspecteur général du travail.

Leurs déclarations peuvent se résumer ainsi :

Il n'y a pas contradiction entre la loi du 28 juillet 1942 et toutes les déclarations officielles antérieures, disant que la médecine d'entreprise n'est pas une médecine de soins : l'esprit de la loi est celui de la médecine du travail, tel qu'il a été maintes fois défini, médecine essentiellement préventive.

Pendant longtemps, on n'avait pas, en France, donné à la médecine préventive la place qu'elle mérite. Son intérêt incontestable s'est encore accru du fait des circonstances et les responsables de la santé de la population travaillent à hâter son développement. Cette médecine préventive ne peut s'exercer efficacement que dans les collectivités, écoles, usines, etc... D'ailleurs elle s'adresse ainsi à la partie la plus exposée de la population : enfance, population ouvrière.

En ce qui concerne plus spécialement la médecine d'entreprise, des difficultés multiples ont pu être résolues, de nombreuses expériences réalisées. Elles ont donné des résultats si évidents qu'elles se sont rapidement multipliées et qu'elles viennent d'aboutir à la promulgation de la loi du 28 juillet 1942, dont l'application générale est déjà passée ainsi à l'épreuve d'une large expérimentation pratique. Parmi les difficultés de tous ordres ainsi soulevées, matérielles, psychologiques, financières, etc... il en est une qui intéresse directement le Corps médical : c'est la détermination de la place de la médecine préventive par rapport à la médecine traditionnelle essentiellement curative.

Il faut donc souligner une fois encore, qu'il s'agit de deux activités distinctes et contiguës, dont la coordination harmonieuse est parfaitement possible.

Il est tout d'abord bien entendu que le médecin du travail ne doit pas être le médecin traitant à domicile des ouvriers de l'entreprise. Tout le monde peut se mettre d'accord sur ce point, toute irrégularité être facilement repérée.

Mais à l'intérieur même de l'entreprise, il est une ligne qui paraît plus difficile à fixer entre deux positions extrêmes : permettre tous les soins ou interdire tout soin.

D'une part il n'est pas question de faire du médecin du travail un médecin de dispensaire d'usine, c'est-à-dire de lui permettre de tout soigner. Le médecin du travail a déjà assez à faire avec son rôle à la fois médical et social, orienté vers la prévention, sans prendre en charge, par surcroît, le traitement de cette collectivité importante (2.500 ouvriers en moyenne pour un médecin). De plus, il n'est pas souhaitable qu'il fasse une large médecine « en série », avec l'automatisme que lui imposerait le nombre de consultants. Son rôle est au contraire d'orienter vers les organismes de soins les malades qu'il aura pu dépister ; les faits ont d'ailleurs prouvé que depuis la réalisation d'une véritable médecine d'entreprise, les médecins du travail ont découvert dans les examens d'embauche et de santé, de nombreux malades qu'ils ont adressés aux médecins traitants. Il existe des hôpitaux et même des dispensaires d'usines ; ce n'est pas vers le développement de ces organismes que tend la loi ; les médecins qui y exercent ne font pas de la médecine d'entreprise dans le sens où elle l'entend. Médecine du travail et médecine de soins sont deux métiers différents et nous défendons cette conception non seulement devant des médecins, mais bien plus souvent encore devant des industriels, des responsables d'Assurances sociales et privées, des représentants ouvriers. Beaucoup d'entre eux souhaitent organiser des services médicaux comprenant les soins, de nombreux chefs d'entreprises souhaitent « payer un médecin » à leur personnel. Nous leur expliquons pourquoi

cette conception est différente de la nôtre et notre tâche n'est pas toujours aisée.

Mais d'autre part, il est impossible d'interdire tout soin au médecin d'usine. Il est des cas évidents : l'urgence, l'accident, auxquels le médecin doit donner les premiers soins, le malaise subit. Il est des cas non moins certains : l'ouvrier très légèrement blessé qui continue son travail. Il est impossible de lui refuser tout soin à l'usine, de l'enfermer dans ce dilemme, d'aller consulter quotidiennement au dehors, en perdant des heures de travail, en gênant la bonne marche de son atelier, ou de ne pas se soigner, risquant presqu'automatiquement l'aggravation. Parallèlement, dans l'ordre médical, à l'ouvrier qu'il vient d'examiner soigneusement et qui présente une rhino-pharyngite ou quelques troubles digestifs banaux, le médecin d'usine va-t-il refuser le simple conseil thérapeutique que le malade n'irait d'ailleurs pas, à ce stade, solliciter du médecin traitant ?

Nous ne nous dissimulons pas que c'est là la zone critique par où on peut craindre que passent tous les abus. Mais à ces abus, qui a intérêt ?

Le médecin d'usine n'a aucun intérêt à « enlever de la clientèle » au médecin de soins, à n'être qu'un distributeur d'ordonnances gratuites. Inversement, il ne faut pas que par des règles trop rigides que lui imposerait la médecine traditionnelle, la médecine du travail ne puisse remplir intégralement le rôle technique qu'elle doit assurer par rapport à l'équilibre physiologique de la collectivité ouvrière et au bon fonctionnement de l'entreprise. Il est nécessaire que dans l'usine, le médecin du Travail, pour bien remplir son rôle, ait un crédit moral, il faut pour qu'il soit écouté, qu'il ne donne jamais l'impression de faire passer les intérêts particuliers (soit de certains patrons, soit de certains médecins) avant l'intérêt collectif dont il a la charge.

Il est impossible d'enfermer tous ces détails dans un texte de loi. Des arrêtés pourront préciser certains points, ils ne pourront tout prévoir et il sera indispensable de laisser une certaine marge dans laquelle ce sera au bon sens de juger. D'ailleurs si des abus se produisent, aussi bien d'un côté que de l'autre, la juridiction professionnelle sera là pour les réprimer.

Ces déclarations, que nous remercions les Docteurs Barthe et Gros de nous avoir permis de porter à la connaissance de nos lecteurs, appellent quelques remarques.

Certes, il ne serait pas à craindre que soit le Docteur Barthe, soit le Docteur Gros, imbus tous deux de la généreuse mission assignée au médecin d'usine, s'écartassent d'un rôle dont ils ont eux-mêmes tracé les limites. A les entendre parler on se rend compte que l'activité d'un homme est très largement absorbée par les multiples devoirs afférents à ce poste. Mais sur les 2 à 3.000 médecins d'usine qu'ils prévoient pour l'ensemble du territoire d'ici peu d'années, combien auront leurs conceptions ? Combien, ne se haussant pas jusqu'à envisager le bien collectif, jusqu'à acquérir l' « esprit de ruche », *penseront individuel* par atavisme, par habitude, par incapacité de changer de plan et, même de bonne foi, iront tout droit à la médecine de soins ?

D'ailleurs, un médecin d'usine n'est pas forcément à temps plein. La loi prévoit les médecins à temps partiel, c'est-à-dire continuant parallèlement l'exercice de leur clientèle. Il sera difficile à ceux-là de manier alternativement la médecine de collectivité et la médecine de l'individu sans que celle-ci empiète sur celle-là.

Or une loi ne peut se faire respecter que sur son texte, non sur son esprit. Le mot « peuvent » donne toute licence à des profiteurs, tentés d'exploiter l'avantage que leur confère leur situation à l'usine.

Certes une loi ne peut disposer que du général et les mille questions du particulier ne trouvent en elle qu'une orientation de tendance. La médecine d'usine, si elle est une dans sa doctrine, est multiforme dans sa pratique. Le Docteur Barthe notait à cet égard l'énorme différence à faire entre une grosse usine du Nord ou de la région parisienne groupant quelques milliers d'ouvriers venus de toutes les communes environnantes, et l'usine établie dans une vallée des Alpes ou une campagne Normande, flanquée de son village particulier où n'habitent que ses ouvriers, et éloigné de tout centre habité. A coup sûr, la consigne donnée au médecin d'usine devra être radicalement différente ici et là.

Encore faudrait-il évoquer ces très gros ensembles industriels où un service médical est depuis longtemps organisé et occupe trois, quatre, cinq médecins et chirurgiens. La loi actuelle met tout simplement en question leur situation et il faut admettre que certains aménagements seront ici nécessaires.

Certes, la pente sera dure à remonter, cette pente de l'accoutumance vicieuse au bas de laquelle se trouve la médecine de mines.

Proscrire la médecine de soins fera ici une véritable révolution. Il faut qu'elle se fasse, mais sans soulever toutefois les populations ouvrières qui y verront l'abandon de certains de leurs privilèges. La médecine du travail ne bâtit pas seulement à neuf, elle fait aussi de la réparation et tous les médecins admettront qu'on ne peut brutalement jeter par terre ce qui existe. Raison de plus, par exemple, là où l'on fait du neuf, pour faire vraiment du neuf !

Le médecin d'usine, disent nos commentateurs, doit se faire ouvrir et jalousement préserver un large crédit moral. D'accord ! Il ne lui faut à aucun moment donner prise au soupçon qu'il obéit à un intérêt personnel, le sien propre ou l'intérêt du patron. Mais les embûches seront multiples sur son chemin et, du fait même qu'il aura trouvé la confiance des ouvriers, ceux-ci viendront le solliciter et lui demander ses soins. Si le texte dit qu'il « *peut* », il lui faudra donc répondre à ceux-ci qu'il ne « *veut* » pas. Son attitude sera mal interprétée et il encourra de l'hostilité qui ne lui facilitera pas la tâche. Mieux vaut donc le fortifier par avance d'une prescription formelle et non ambiguë.

Mais encore dira-t-on, faut-il faire le départ entre les soins proprement dits et la consultation donnée en passant pour une affection bénigne. Quel est le critère ?

Celui de l'interruption ou de la non interruption du travail n'est pas satisfaisant. Toute la médecine de consultations au cabinet s'adresse à des gens qui sortent puisqu'ils sont venus chez le médecin et qui, puisqu'ils sortent, continuent leur travail. Nombre de médecins dans les villes et les centres industriels ont des consultations le soir, hors les heures de travail, pour permettre justement aux travailleurs d'y venir.

Un critère plus adéquat semblerait pouvoir être trouvé dans la formalité de signature de la feuille des Assurances sociales. Soit que cette signature soit interdite au médecin d'usine, ce qui entraîne le non-remboursement de la prescription pharmaceutique soit que le droit de signer la mention « consultation gratuite «(rendant possible le remboursement de l'ordonnance) soit valable pour un nombre bien limité de consultations, puisqu'il doit s'agir seulement d'affections fugaces et sans gravité.

Enfin les Docteurs Barthe et Gros comptent sur les Conseils ou Collèges départementaux de l'Ordre pour interpréter la loi et en assurer le respect, compte tenu des particularités locales.

Appartiendra-t-il à ces Conseils d'être plus royalistes que le roi, plus strictes que la loi et d'édicter

des sentences qui courraient le risque d'être infirmées par les tribunaux de droit commun ? Qu'arrivera-t-il si un patron, s'abritant derrière l'article 8, refuse au Conseil départemental de fermer le dispensaire de son usine et fait juger que le médecin qui y donne des consultations n'est pas fautif ?

On le voit : pour beaucoup de raisons très précises, un aménagement du texte de loi est souhaitable. Ce n'est pas faire de l'opposition stérile que de le noter. Il nous faut seulement demander que transparaisse dans la loi, dans ce qui est écrit et dans ce qui demeure et qui sera le fondement de la jurisprudence la doctrine délimitée et précise qu'ont développée les Docteurs Barthe et Gros. Un arrêté devant ultérieurement préciser le champ d'activité du médecin du travail, c'est aux rédacteurs de ce texte que nous demandons de s'inspirer des considérations ci-dessus.

Au reste il n'est pas douteux que l'on peut faire confiance en cela aux animateurs de la médecine du travail puisque, comme ils le rappellent eux-mêmes, ce n'est pas d'innover qu'il s'agit mais de généraliser une technique médico-sociale déjà existante. Plusieurs centaines de médecins d'usine sont à l'œuvre dès maintenant et entretiennent généralement les meilleurs rapports avec les médecins praticiens.

G. LAVALÉE.

MÉDECINE SOCIALE

Par le Docteur J. VIGNOLI, (Salon de Provence)

On en parle beaucoup. Dans tous les ministères on en discute, on s'en occupe sans savoir au juste en quoi elle consiste : chaque ministre recherche la formule idoine à appliquer à ses ressortissants. Confondant médecine sociale et socialisation de la médecine,

l'Education nationale songe aux visites scolaires, aux vaccinations, cherche et trouve des médecins *ad hoc* ;

les Sports tarifent d'autorité la visite nécessaire aux jeunes sportifs désirant le brevet ;

l'Armée, la Marine, l'Aviation font grand tapage autour de leur « service social » ;

la Jeunesse cherche et trouve des médecins pour ses camps, organise des services médicaux pour ses groupements ;

le Travail règlemente la Médecine d'usine ; permet aux Caisses d'Assurances sociales de créer et gérer des Etablissements de prévention et de cure et pour trouver des capitaux étend les bienfaits de sa législation à tous les « pauvres » gagnant de 30 à 42.000 francs ; la Mutualité conserve ses médecins et chirurgiens forfaitaires au mépris du Code de déontologie ;

les Cheminots ont leur service médical, leur Caisse de secours ;

les Marins de commerce, leurs hôpitaux, leurs conventions... Bientôt chaque corporation organisera son petit service de médecine sociale à elle, rien qu'à elle, comme elle l'entendra, sans directives générales, au petit bonheur...

Et tout sera parfait dans ce monde meilleur...

Mais n'existe-t-il pas un Secrétariat d'Etat à la Santé ?

N'existe-t-il pas un Ordre des médecins ?

Puisqu'il existe un ministère de la Santé, et un organisme consultatif médical de premier ordre, il paraît logique et simple que tout ce qui « touche à la médecine sociale de soins, de prévention et de contrôle dans les domaines de tous les ministères, soit désormais du domaine exclusif du Secrétariat d'Etat à la Santé ».

On objectera que la médecine sociale concerne les travailleurs et que c'est le ministère du Travail qui doit s'en occuper. C'est une erreur. La première loi de médecine sociale, qui concernait la Mutualité, date du 1er avril 1898 ; à cette époque le ministère de la Santé n'existait pas. Et de plus, si on jette les yeux sur ce texte de loi, on constate que la grosse préoccupation du législateur du temps a été les pensions et rentes viagères : ce qui a trait à la médecine tient en quelques lignes dans ce texte volumineux. De même, les lois du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, ou de 1928 sur les Assurances sociales : les textes initiaux semblent s'inquiéter beaucoup plus de l'argent que de la santé de leurs affiliés.

Mais, depuis cette douce époque, les choses ont changé. La part santé domine nettement en ce qui concerne la Mutualité, équilibre l'autre, en ce qui concerne les différentes lois dont l'application est pourtant toujours confiée au ministère du Travail.

C'est le ministère de la Santé qui devrait être chargé de la gestion de la Mutualité et de la partie médicale des Assurances sociales, comme de tout ce qui touche à la santé, partout !

Mais que fait-on ? Chaque ministère agissant à sa guise se passe même de son avis ; les plus polis de ces organisateurs médicaux veulent bien cependant demander «l'agrément technique » du Secrétaire d'Etat à la Santé (voir art. 4 de la loi du 18 novembre 1941 autorisant les Assurances sociales à créer et gérer des hôpitaux). Mais c'est tout ! Où court-on ainsi ? ? — Au gâchis le plus noir !

Incohérence : chacun organisant sa petite affaire sans savoir ce que fait le voisin.

Incoordination : les mêmes individus pouvant être bénéficiaires à plusieurs Caisses et certains autres membres de la même famille restant sans secours.

Incompétence : car sans médire du savoir de nos jeunes confrères que les nécessités actuelles précipitent vers cette fonctionnarisation d'usines ou de camps, c'est à eux que sera confiée la tâche la plus délicate, le diagnostic de toute maladie à son début !

Mais il serait vain de critiquer sans apporter de solution corrective à cet état de choses assez navrant dans la période que nous traversons et que nous voudrions plus méthodique.

Avant d'œuvrer et d'épiloguer, il convient tout d'abord de savoir en quoi consiste la médecine sociale. Nous pensons la définir justement ainsi : « *C'est une modification de l'exercice actuel de la médecine qui permettrait à la fois aux gens de situation modeste d'être bien soignés à peu de frais, et à l'Etat de combattre la morbidité* ».

Jusqu'ici a-t-on fait quelque chose dans le domaine médical qui réponde à ces buts ? Non.

En effet, il n'y a pas à considérer les quelques essais de visites sportives ou de médecine de lycées ou de camps, ni la médecine d'usine, ni le service social de l'armée, en voie de gestation dystocique. Restent donc les Assurances sociales et la Mutualité.

La direction des Assurances sociales vient de faire une tentative. Prévention et cure, elle n'a vu que le moyen hospitalier pour atteindre ces buts. Le récent décret du 18 novembre 1941 lui donne cette latitude. Voilà à coup sûr des centaines de millions qui vont s'engloutir sans résultats appréciables, car ces hôpitaux de Caisses seront édifiés aux chefs-lieux et les assurés sociaux suspects ou malades habitant à proximité seront avantagés par rapport à leurs collègues villageois qui paieront sans pouvoir en profiter. C'est ce qui se passe actuellement pour les quelques pavillons mutualistes où l'on ne fait pourtant que de la chirurgie.

Ne comptons pour rien l'encombrement de ces futurs hôpitaux de Caisse : il est inévitable, et leur coûteuse gestion sera loin de répondre aux espoirs.

Déplorons que l'on n'eût pas choisi une autre solution : il eût mieux valu tout simplement augmenter le tarif de remboursement des Caisses, quitte à exiger des assurés sociaux, tous les cinq ans par exemple, une visite, aux tarifs de la Caisse, avec examens biologiques et radiologiques au besoin, sous menace de perte de droits. Ce procédé eût été moins coûteux, immédiatement applicable, et, étendu aux ayants droit familiaux, eût rempli d'un coup les conditions de la médecine sociale. Mais c'était trop simple !

Tout le monde n'est pas assuré social, dira-t-on. C'est juste. Il y a encore une foule de gens aux faibles ressources ou aux ressources incertaines qui n'appartiennent pas à une Caisse d'assurances sociales. Ne citons que les nombreux petits employés d'Etat et toutes les familles des militaires de carrière. Cependant, de plus en plus, nous voyons ces personnes demander spontanément assistance à la Mutualité.

Or, jusqu'à ce jour, la Mutualité n'a pas fait de médecine sociale. Au point de vue chirurgical et pharmaceutique, les avantages qu'en ont retirés les mutualistes l'ont été au détriment de leur liberté, et au point de vue médical la parcimonie des prestations, causée par le taux démagogique des cotisations, n'a jamais été qu'un secours très précaire en cas de maladie. Donc, des soins à peu de frais aux mutualistes, d'accord, mais des soins de qualité, qu'il nous soit permis d'en douter. Quant à la prévention méthodique nécessaire par définition à toute médecine sociale, il n'en a jamais été question : une simple visite à l'entrée dans une société de Secours mutuels, visite quelquefois nulle ou inexistante, et c'est tout.

Il serait pourtant facile d'atteindre au but proposé par la Mutualité mieux que par tout autre moyen. Certes, tout le monde n'est pas mutualiste, c'est vrai, mais les mutualistes officiellement comptés sont déjà dix millions, soit le quart des Français de France, ce qui n'est pas mal. Il y a parmi eux beaucoup d'assurés sociaux et il serait assez facile d'y faire entrer encore pas mal d'assurés sociaux qui, ignorants et dupés, seraient ravis d'être couverts à peu de frais de la part d'honoraires laissés à leur charge par la loi, part assez importante, principalement en ce qui concerne l'hospitalisation et la chirurgie.

Si une réorganisation de la loi du 1er avril 1898 permettait aux mutualistes des soins de qualité, il serait facile d'exiger en retour les visites pré-natales, pré-nuptiales et périodiques nécessaires au but éminemment social de l'intérêt de la race et du pays.

Mutualité transformée d'une part, Assurances sociales aux prestations mieux comprises de l'autre et on sera bien prêt de pouvoir contrôler l'état de santé et permettre les meilleurs soins dans les meilleures conditions à une bonne moitié de la population, justement la plus intéressante au point de vue médecine sociale, parce que pour elle, la maladie est toujours une charge et que ses conditions de vie laborieuse la rendent plus exposée aux fléaux morbides.

La classe aisée, elle, n'hésite pas à recourir spontanément aux conseils du médecin. Elle peut s'offrir les soins les meilleurs. La médecine sociale est donc pour elle moins utile. Lui appliquer les mêmes obligations de visites pré natales, pré nuptiales et périodiques serait pourtant utile au point de vue statistique générale. Il serait possible de l'intégrer dans la Mutualité en exigeant qu'alors les mutualistes soient catégorisés d'après leur situation sociale (comme le font du reste les Assurances sociales), les mutualistes modestes étant les seuls à bénéficier des tarifs préférentiels d'honoraires et d'hospitalisation. Cette modification très simple permettrait à la classe aisée de faire elle aussi, partie de la Mutualité et, y trouvant avantage, de se soumettre au contrôle médical préventif, cela sans que les médecins y voient une atteinte à leurs légitimes intérêts puisqu'ils n'auront vis-à-vis de ces mutualistes aisés aucune obligation.

Sur ces données, bâtissons l'édifice de la médecine sociale. Si ce n'est qu'un rêve, il est réalisable car rien n'y est impossible :

1° Tout d'abord rassembler tout ce qui a trait à la médecine sociale dans les mains du Secrétaire d'Etat à la Santé seul.

2° Créer dans chaque département une Caisse médico-chirurgicale mutualiste départementale unique. Cette Caisse, rapidement puissante par le nombre de ses adhérents, qui seront obligatoirement tous les mutualistes inscrits dans toutes les Sociétés de Secours mutuels du département, se chargera desfrais de chirurgie, d'obstétrique, de maladie grave et de pharmacie s'y rapportant, au barême de médecine sociale édicté par le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins. Les prestations étant données en espèces, la plus grande liberté sera ainsi laissée aux mutualistes et à leurs médecins traitants.

La distinction des mutualistes en deux classes permettra aux praticiens, sur les recommandations de l'Ordre, de ne réclamer à la classe de condition modeste que des honoraires très voisins du tarif de remboursement, aux pharmaciens et aux maisons de santé également. Pour tous mutualistes, entre eux et leurs médecins, c'est le libre choix, l'entente directe, le paiement direct à l'acte. Des conditions de contrôle seront prévues pour sauvegarder les intérêts de la Caisse, le secret médical et la moralité professionnelle ;

3° Obligation à tout organisme désirant procurer à ses membres des avantages médicaux, de constituer d'abord une Société de Secours mutuels : corporations, groupements industriels, lycées, collèges, sociétés sportives, associations de soldats et sous-officiers, etc., etc.

Cette Société pourra être locale, départementale ou nationale, même unique pour l'Empire entier si les ressortissants y sont disséminés, mais elle réassurera ses membres à la Caisse médico-chirurgicale mutualiste de leur département (de leur colonie) de résidence pour la maladie, la chirurgie, l'obstétrique et la pharmacie.

Liberté à chaque Société de Secours mutuels de couvrir facultativement d'autres risques, toujours en espèces, mais obligation pour elle d'exiger de ses membres des visites pré-nuptiales, pré-natales et des visites périodiques, par exemple tous les cinq ans. Observations de ces visites (et des maladies intercurrentes) seront consignées sur un carnet de santé, restant sous enveloppe fermée propriété de l'intéressé.

Le rôle du médecin contrôleur sera simplement de prévenir l'examiné de la maladie dont il est inconsciemment porteur et de lui conseiller de recourir sans tarder aux soins de son médecin traitant ;

4° L'unification de cette Mutualité et l'inscription individuelle permettront la réalisation des conditions de la médecine sociale.

Quelle que soit sa situation, de sa naissance à sa mort, quel que soit son lieu d'habitation, le sociétaire, pour les frais minima représentés par sa cotisation, obtiendra toujours les meilleurs soins dans les meilleures conditions, le plus pauvre pouvant recourir aux maisons de santé les mieux achalandées et aux soins des praticiens les plus réputés. Plus de différence sociale devant la maladie !

Pour un Gouvernement qui a pris à tâche de protéger les humbles ce n'est point à dédaigner.

Enfin nourrisson ou potache, campeur ou sportif, étudiant ou apprenti, patron ou ouvrier, le carnet de santé suit l'enfant puis l'homme, sous l'enveloppe gardant le secret médical, enveloppe que seul a le droit de briser le médecin et la sage-femme pour y lire les observations antérieures et y consigner les maladies nouvelles connues de l'intéressé ou découvertes par l'une des visites quinquennales.

Qu'au cours de l'existence sa situation brillante subisse des revers, un simple changement de catégorie révélé au médecin par la couleur de sa carte de sociétaire permet de ménager toutes les susceptibilités. Qu'une Caisse d'Assurances sociales s'intéresse à lui, qu'importe, la Société de Secours mutuels ne lui demandera alors qu'une cotisation réduite en proportion des risques non couverts. Que d'ouvrier il devienne patron, la Caisse d'Assurances sociales l'abandonne, mais la Société de Secours mutuels le garde à cotisation complète et à carte distinctive lui permettant de ne pas abuser des gestes charitables que son médecin réserve aux seuls vrais nécessiteux. Que sa situation l'appelle aux quatre coins du monde qu'importe, en cas de besoin sa qualité de mutualiste le suit et il en garde tous les avantages... Qu'il soit brusquement dans l'obligation de changer de résidence, l'unification du système sur tout l'Empire français lui permet d'être toujours à l'abri par une simple formalité de mutation.

Voilà la formule d'application. Est-elle donc si chimérique ?

Voilà le cadre permettant à tous les ministères, pour tous leurs ressortissants, les meilleurs avantages médicaux, le seul contrôle effectif de leur santé.

Voilà de l'ordre dans la maison.

Voilà la création et l'unification souhaitée de la médecine sociale, de la vraie, celle qui accorderait les intérêts de tous, la seule solution française du problème médico-social, car elle a pour base la *liberté*.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine
Médecins étrangers

MÉDECINS INTERDITS

Arrêté du 28 *juillet* 1942

Alpes-Maritimes : Dr BERNARD (Charles), ant. à Nice ; Dr HAIMOVICI (Buium), ant. à Mandelieu ; Dr KAPLAN, née ABRAMOVICI (Hélène), ant. à Nice ; Dr KORNER (Jeckeskil), ant. à Vence ; Dr KUN (Etienne), ant. à Antibes ; Dr PELOSOF (Salomon), ant. à Nice ; Dr ROSNER (Eugène), ant. à Nice ; Dr SONTAG (David), ant. à Nice.

Jura : Dr DAUM (Henri), ant. à Saint-Claude.

Seine : Dr COHEN (Deloro-Emile), ant. à Paris (15e) ; Dr COPELOVICI (Henri), ant. à Paris ; Dr FISCHER, née BLUM (Carmen), ant. à Paris ; Dr FISCHER (Alfred), ant. à Paris ; Dr MANOLESCU (Emile), ant. aux Lilas ; Dr RUBINSTEIN (Moïse), ant. à Suresnes ; Dr SALOMON (Mendel), ant. à Paris ; Dr ZAIFOL (Helmy), ant. à Paris.

(*J. O.*, 8 août 1942).

Arrêté du 30 *juillet* 1942

Départements divers : Dr MORAND (Ernest), ant. à Gond-Pontouvre (Charente) ; Dr WEISMAN (Iten-Leib, dit Jacques), ant. à Pontarion (Creuse) ; Dr ROTH (Zoltan), ant. à Chouzé-sur-Loire (Indre-et-Loire).

Seine : Dr BALTHAZAR (Léon), ant. à Montreuil-sous-Bois ; Dr GRUNBERG (Haïm), ant. à Paris ; Dr HOFFMANN (Jules), ant. à Paris ; Dr ISMIRLIAN (Gabriel), ant. à Paris ; Dr LAZAR (Willy), ant. à Paris ; Dr LÉVY (Edouard-Lazare), ant. au Kremlin-Bicêtre ; Dr MALINSKY, née WEISSBERG (Rose), ant. à Paris ; Dr MOGUILEWSKY (Alexandre), ant. à Paris ; Dr ROSEN (Simon), ant. à Paris ; Dr ROSENFELD (Bernard), ant. à Paris ; Dr ROSENTHAL (Yanco), ant. à Saint-Ouen ; Dr SIKORAY (Boruch), ant. à Levallois-Perret ; Dr TAGGER (David), ant. à Puteaux ; Dr VAN BRAKELL (Guillaume), ant. à Paris ; Dr WECHSLER (Salomon-Boris), ant. à Paris.

Seine-et-Oise : Dr CAISERMAN (Ida), ant. à Brétigny-sur-Orge ; Dr THALER (Michel), ant. à Ormesson-sur-Marne.

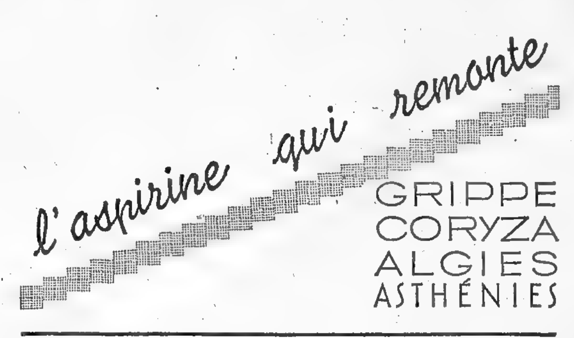
(*J. O.*, 8 août 1942).

MÉDECINS AUTORISÉS

Arrêté du 28 *juillet* 1942

Départements divers : Dr DE LAVIS-TRAFFORD, exerç. à Beaulieu-sur-Mer ; Dr PERACH (Hélène), exerç. à Nice (Alpes-Maritimes).

Seine : Dr ANTONELLI (Jean), exerç à Paris ; Dr CADINOUCHE (Ahmed), exerç à Paris ; Dr DI MATTEO (Jean), exerç à Paris ; Dr COSMOVICI (Margareta), exerç. à Paris ; Dr DOLTO (Boris), exerç. à Paris ; Dr ELIASCHEFF (Olga), exerç. à Paris ; Dr FRENKEL (Maurice), exerç. à Paris ; Dr GHEORGHIU (Dan), exerç. à Paris ; Dr GRICOUROFF (Georges), exerç. à Paris ; Dr HEINEN, née BONDOUX (Annette), exerç. à Paris ; Dr JEAN (Joseph-Henri), exerç. à Boulogne-sur-Seine ; Dr KARATCHENZEFF (Nicolas), exerç. à Paris ; Dr LUTERAAN (Philippe), exerç. à Fontenay-sous-Bois ; Dr SCHMIRGELD (Anne)



exerç. à Paris ; Dr STALHAND (Ellen), exerç. à Paris ; Dr ZACHAROPOULOS (Périclès), exerç. à Paris ; Dr DE ZERNOFF (Vladimir), exerç. à Paris ; Dr STRUMZA (Maurice), exerç. à Paris.

Seine-et-Oise : Dr NEGREANU (Alexandre), exerç. à Villeneuve-le-Roi (Seine-et-Oise).

(*J. O.*, 8 aout 1942).

Arrêté du 30 juillet 1942

Départements divers : Dr HADJI-GEORGES (Nafrika) exerç. à Azerables (Creuse) ; Dr WITTLIN (Félicien), exerç. à Lyon (Rhône) ; Dr ASMUS (Voldemar), exerç. à Paris ; Dr POPOSVKY (Vladimir), exerç. à Paris ; Dr KYPRIOTIS (Constantin), exerç. à la Ferté-Alais.

(*J. O.*, 8 août 1942).

Législation pénale

Loi n° 683 du 27 juillet 1942 relative à l'enfance délinquante

Cette loi modifie profondément la législation pénale de l'enfance. Aux mesures répressives, elle substitue des mesures de protection et de redressement.

Avant qu'il soit statué définitivement sur leur cas, les mineurs peuvent être placés dans un centre d'observation créé auprès de chaque tribunal pour enfants et adolescents. Les mineurs y sont soumis à un examen portant notamment sur leur état physique, intellectuel et moral et sur leurs aptitudes professionnelles.

Les enquêtes prescrites par les magistrats peuvent être complétées par un examen médical et psychologique.

(*J. O.*, 13 août 1942).

Pensions militaires

Loi n° 720 du 22 juillet 1942 portant majoration des pensions des lois du 31 mars 1919 et du 24 juin 1919 et des allocations ou majorations qui s'y ajoutent

Le supplément spécial temporaire alloué aux invalides titulaires de pensions est porté à 200 p. 100 du taux initial de la pension attribuée au soldat.

Le supplément de majoration pour enfants attribuée auxdits invalides est affecté du même coefficient.

La majoration allouée aux bénéficiaires des allocations spéciales supplémentaires aux invalides et de l'indemnité temporaire instituée par l'article 198 de la loi du 13 juillet 1925 est fixée à 25 % des taux en vigueur au 30 septembre 1937.

Elle est portée à 75 % pour les titulaires des allocations nos 1, 2, 3 et 4 qui ne bénéficient pas des allocations de la loi du 22 mars 1935 et pour les titulaires de l'allocation n° 7 dont la pension est établie sur un degré d'invalidité inférieur à 85 %.

La majoration allouée aux bénéficiaires des allocations spéciales instituées par l'article 3 de la loi du 22 mars 1935 est fixée à 35 % des taux prévus au dit article.

Le taux de base des pensions allouées aux veuves non remariées est augmenté : 1° de 2.800 francs pour les pensions concédées au titre des alinéas 1 et 2 de l'article 14 de la loi du 31 mars 1919 ; 2° de1.900 francs pour les pensions au taux de reversion, sauf pour les veuves d'invalides bénéficiaires de l'art. 10 de la loi précitée qui bénéficient de l'augmentation de 2.800 francs.

La majoration d'orphelin est portée à 1.285 francs.

Le supplément alloué aux ascendants titulaires des



pensions fixées d'après les tarifs de la loi du 31 mars 1919 est porté à 200 p. 100.

Ces majorations prendront effet du 1er mars 1942.

(*J. O.*, 5 août 1942).

Arrêté du 8 août 1942 relatif au remboursement des frais de voyage et payement des indemnités allouées aux pensionnés et demandeurs en pension

ART. 1er. — Les pensionnés et demandeurs en pension convoqués par les centres spéciaux de réforme et les centres d'appareillage ont droit, sous réserve de se présenter au jour fixé, sur convocation régulière :

a) Au remboursement des frais de voyage réellement engagés ;

b) A une indemnité variable selon la durée du déplacement ;

c) En cas d'hospitalisation par ordre du centre, à une indemnité journalière.

(*J. O.*, 11 août 1942).

Santé publique

Loi n° 730 du 27 juillet 1942 portant attribution de pouvoirs au secrétaire d'Etat à la Santé en matière de sauvegarde de la Santé publique

RAPPORT AU MARÉCHAL DE FRANCE, CHEF DE L'ETAT FRANÇAIS

Les menaces épidémiques qui se sont manifestées dans le pays ont convaincu le gouvernement de la nécessité de coordonner, sous l'autorité du département de la santé, les mesures sanitaires à mettre en œuvre et de réaliser ainsi l'unité de vues, de doctrine et d'action nécessaire à la protection de la santé nationale.

Un projet de loi a été établi et le secrétaire d'Etat à la santé a l'impérieux devoir de solliciter, pour le département qu'il a l'honneur de diriger, la charge de cette coordination et les responsabilités inhérentes à cette charge.

Il n'est pas possible de penser qu'une épidémie menace ou atteigne le territoire national sans que, sous une même autorité et sous une même responsabilité, tous les moyens techniques de nature à la combattre ne soient rassemblés, coordonnés et mis en œuvre.

Il n'est pas davantage possible que, dans les graves circonstances présentes, où la protection de la santé nationale est une des essentielles préoccupations gouvernementales, les services médicaux relevant de divers départements ministériels et susceptibles par leur activité propre d'avoir une incidence sur l'état sanitaire du pays ne soient inspirés en vue d'une action commune par le secrétaire d'Etat responsable de la santé nationale devant le chef de l'Etat et le chef du gouvernement, qui dispose des avis éclairés des plus éminentes personnalités scientifiques et des plus hautes assemblées consultatives et auprès de qui sont groupés professionnellement les vingt-neuf mille médecins de France.

De même, en ce qui concerne les Assurances sociales, les initiatives du ministère du Travail, notamment dans le domaine de l'édification ou de l'aménagement d'établissements sanitaires ou hospitaliers, doivent être intégrées dans le plan général de politique sanitaire établi par le Ministère de la santé.

C'est dans cet esprit que nous avons l'honneur de soumettre à votre haute approbation le texte d'une loi portant attribution de pouvoirs au secrétaire d'Etat à la santé en matière de sauvegarde de la santé publique.

Loi

Art. 1er. — Le secrétaire d'Etat à la santé a dans ses attributions la sauvegarde de la santé des populations sur le territoire métropolitain.

Il est habilité à ce titre à édicter toutes mesures techniques qui s'imposent. Il est chargé d'en contrôler l'exécution.

Il rend compte de ses actes au chef du gouvernement et en partage avec ce dernier la responsabilité devant le chef de l'Etat.

Art. 2. — A cette fin, les services médicaux des divers secrétariats d'Etat ainsi que les organismes, commissions et conseils publics ou privés ayant pour but la préservation de la Santé publique sont placés sous le contrôle technique du secrétariat d'Etat à la santé, qui leur donne toutes les instructions générales nécessaires à la mise en vigueur des mesures qui s'imposent sur le plan national, régional et départemental.

Art. 3. — La présente loi ne vise pas les services de la santé de la guerre, de la marine, de l'air et des colonies qui doivent, toutefois, établir une liaison permanente avec le secrétariat d'Etat à la santé en vue de concourir, à la demande de celui-ci, à l'exécution des mesures générales de préservation de la santé nationale.

Une liaison analogue doit exister avec le délégué général permanent en Afrique française.

Art. 4. — Le présent décret sera publié au *Journal Officiel* et exécuté comme loi de l'Etat.

(*J. O.*, 14 août 1942).

& ÉCHOS COMMENTAIRES

Le ministre est partisan de l'autorité. — Sur la centralisation des pouvoirs en matière de Santé publique. — Répercussion de la charte du travail sur l'exercice de la médecine. — Revision des tarifs : 1° des accidents du travail ; 2° des pensionnés de guerre.

Le Conseil de l'Ordre du département de la Seine dans la motion votée le 2 juillet dernier et reproduite par nous dans notre numéro du 20 juillet, se disait ému des informations qu'il avait recueillies au sujet du remaniement de la loi sur l'Ordre et s'étonnait que le Ministre n'ait pas songé à prendre son avis.

Le Docteur Grasset demandait dernièrement au Conseil supérieur de transmettre les observations suivantes aux organismes signataires de cette motion :

« 1° Le Conseil supérieur de l'Ordre a été consulté « et le plus grand compte a été tenu de ses observa- « tions, ainsi que de celles de l'Académie de médecine.

« 2° L'exercice de l'autorité est incompatible avec « une dilution des pouvoirs et des responsabilités.

« Consulter tous les Conseils départementaux de « l'Ordre entraînerait une énorme perte de temps, « sans contre partie d'ailleurs, puisqu'il s'agit de « faire une corporation *avec les praticiens*, dont les « Conseils actuels ne sont pas l'émanation.

« 3° Il n'y aura pas de conflits d'attribution, tout désordre d'où qu'il vienne sera réprimé sans faiblesse. »

Est-ce par un effet de cette répression qu'un membre du Conseil départemental de la Seine aurait, nous dit-on, été relevé de ses fonctions ?

***

Ce goût de l'autorité et des responsabilités accusé par le Ministre dans la mise au point que nous venons de citer vient encore d'être mis en lumière par la loi du 27 juillet 1942 portant attribution de pouvoirs au secrétaire d'Etat à la Santé en matière de sauvegarde de la Santé publique et dont nos lecteurs ont pu prendre connaissance d'autre part.

Nous jugerons cette loi, dûe certainement à l'initiative du Docteur GRASSET, à l'application qui en sera faite : le texte permet de grandes choses que les contingences de la réalité viendront peut-être amenuiser. Il faut d'ailleurs souligner que la loi elle-même est plus prudente, moins explicite que le rapport préliminaire, dans lequel notre vieille connaissance, l'Institut national d'action sanitaire, est nettement visé.

Quoiqu'il en soit, saluons avec la faveur qu'il mérite cet acte législatif, puisqu'il réalise le vœu exprimé par nous voici déjà plusieurs mois :

Intégrer harmonieusement l'activité de l'Institut sanitaire et des organismes médico-sociaux dans un plan d'ensemble élaboré par la Santé publique. Reconnaissons que l'évocation des 29.000 médecins de France groupés autour de leur Ministre pour faire du bon travail vous a un de ces panaches dont le langage des officiels de la Santé publique nous avait déshabitués depuis quelques temps.

***

Nous avons noté dans notre numéro du 10 août les préoccupations éveillées chez le Conseil supérieur par la loi du 4 octobre 1941 qui donne aux Comités sociaux le droit de réaliser, à l'aide des fonds qu'ils auront drainés, des œuvres médico-sociales et leur permet ainsi, plus facilement encore qu'aux Assurances sociales, d'aboutir au salariat médical généralisé.

Suum cuique... Il semble que le mérite des études et démarches entreprises par le Conseil supérieur doive être attribué à la Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la région sanitaire de Paris.

Le Conseil supérieur a fait savoir qu'il avait fait siens les projets du Docteur VIGNOLI, que nos lecteurs connaissent bien et dont ils trouveront un nouvel exposé dans ce même numéro. Sur le vu d'une phrase un peu ambiguë du Conseil supérieur, certains avaient pu croire que l'adoption de ces projets entraînerait le Conseil supérieur à abandonner de gaîté de cœur le paiement direct du médecin par le malade et l'entente directe entre malade et médecin.

Il n'en est rien. Il suffit de se reporter à l'article du Docteur VIGNOLI que nous publions pour voir que celui-ci donne pour mission aux Caisses mutuelles qu'il préconise de verser les prestations en espèces aux mutualistes eux-mêmes et non aux médecins.

***

A propos du récent article du Docteur DECOURT, et particulièrement de sa « Dernière heure » un de nos lecteurs, renseigné à bonne source, nous adresse les précisions suivantes :

Des pourparlers sont actuellement en cours. Ils sont du reste fort peu avancés et des informations risqueraient d'être prématurées.

Mais il est juste de situer au moins la position de départ des représentants du Corps médical. Ils

demandent pour la consultation initiale un coefficient spécial, eu égard à l'importance princeps de cette consultation. Ce pourrait être aux environs de 1,5 non compris le certificat qui serait tarifé 15 francs.

Les pansements subséquents se diviseraient en petits, moyens et grands et seuls les petits seraient affectés du coefficient 0,6.

Le chiffre clé en demande est de 30 francs.

***

Sur une demande initiale de 30 francs formulée par les représentants des médecins pour prix de la consultation, l'Administration des pensions avait proposé 25 francs et le Ministère des Finances ne veut consentir que 20 francs, soit une augmentation de 30 %.

Le dernier tarif de 15 francs date de 1930. A cette époque les prix avaient été relevés simultanément pour les soins aux réformés (16 avril 1930) et pour les soins aux accidentés du travail (10 avril 1930) et amenés au même chiffre de 15 francs. Il est donc logique et normal que les médecins réclament aujourd'hui un chiffre identique pour les deux tarifs.

La proposition des Finances, si elle est maintenue, est non seulement grotesque en elle-même, mais menace d'avoir des répercussions sur le tarif accidents actuellement en discussion.

Ainsi les médecins sont-ils exposés à apprendre à leurs dépens que, selon le Ministre des Finances, le coût de la vie n'a pas augmenté de plus de 30 % depuis douze ans. On voudrait savoir si ce béat ministère siège en France..... ou dans la lune.

○ ○ ○

CORRESPONDANCE

3.592. — Honoraires en matière d'assistance opératoire

Quand j'aide un chirurgien à opérer un de mes malades :

1° Celui-ci a-t-il le droit de me rémunérer sans faire de la dichotomie ?

2° Ai-je le droit de marquer un P C 6 comme ayant assisté en tant que médecin traitant à une intervention de coefficient au moins égal à 40 ?

L'hôpital de X... venant d'être réouvert il a été décidé que le chirurgien ne touchait pas directement ses honoraires mais que l'économe dudit hôpital se chargeait de le faire pour lui. Ai-je le droit de demander à l'économe de percevoir et de me régler le P C 6 auquel mon assistance à une opération d'au moins K 40 me donne droit ?

Avant la réouverture de l'hôpital, chirurgien et médecin présentaient au malade des notes séparées.

Dr T.

Réponse

1° *Nous ne croyons pas que sans être soupçonné de faire de la dichotomie, vous puissiez être rémunéré par le chirurgien que vous avez aidé à opérer un de vos malades.*

En effet, le Conseil supérieur de l'Ordre est absolument formel sur la proclamation du principe que toute rémunération occulte donnée directement par un chirurgien au médecin traitant est prohibée.

Après avoir toléré la présentation d'une note d'ho-

noraires commune, le Conseil supérieur est revenu sur cette tolérance (Bulletin de l'Ordre, n° 4 d'octobre 1941).

Il faut donc qu'il y ait présentation de notes séparées par le chirurgien et par le médecin ; le chiffre de la rémunération du médecin relevant d'un accord pris entre le médecin et son client et non entre le médecin et le chirurgien.

Il en serait différemment si vous n'étiez pas le médecin traitant du malade que vous avez aidé le chirurgien à opérer. Dans ce cas, évidemment vous seriez considéré comme le salarié du chirurgien et vous pourriez fort bien recevoir de lui une rémunération directe.

2° *Vous avez parfaitement le droit en exécution de l'arrêté du 19 mars 1940 de marquer à la clientèle d'assurés sociaux un Pc 6 comme ayant assisté en tant que médecin traitant à une intervention de coefficient au moins égal a K 40.*

3° *Etant donné les nouvelles méthodes adoptées pour le recouvrement des honoraires par l'hôpital de X... (nouvelles méthodes tout à fait louables) vous avez le droit de demander à l'économe de percevoir et de vous régler le Pc 6 auquel vous donne droit votre assistance à une opération dont le coefficient est au moins égal à K 40, à condition qu'il s'agisse, bien entendu, soit d'une clientèle d'assurés sociaux, soit d'une clientèle payante. Vous n'auriez plus droit à l'heure actuelle de présenter directement aux malades vos notes d'honoraires à ce sujet.*

2.490. — Vélomoteur, Graissage

Je viens d'acheter un vélomoteur Peugeot, type P50. Or, l'essence actuelle est décomposée lorsqu'on y incorpore la quantité d'huile prescrite par le constructeur (80 c.c. d'huile pour un litre d'essence).

Y a-t-il un procédé pour éviter cet inconvénient ? (l'huile de ricin est très rare).

Est-il dangereux de mettre seulement 3 % d'huile (ce qui ne décompose pas le carburant), comme dans certains vélomoteurs de type récent ?

Est-il possible d'ajouter de l'éther sulfurique (20 %) ce qui donnerait une solution homogène?

Dr R. B.

Réponse

Je crois que la meilleure solution pour alimenter votre vélomoteur consisterait à ajouter un peu d'éther (le moins possible) à votre carburant, afin de rendre possible la dissolution de l'huile : 3 % d'huile, en effet, seraient à mon avis insuffisants pour assurer le graissage correct.

Une autre solution existe : faire installer un graisseur compte-gouttes qui amènerait l'huile par gravité immédiatement en aval du papillon du carburateur. Régler le débit du compte-gouttes par tâtonnements de façon à avoir une très légère fumée à l'échappement.

Henri PETIT.

Gérant : J. MIGNON — N° d'autorisation : 77 Imp. THIRON & CIE, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE Nos 36 et 37 JEUDI 10 SEPTEMBRE 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 Dr J. NOIR, Directeur C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie de médecine.** *La lutte contre les rats.* — L'Académie de médecine, considérant d'une part le rôle dévolu aux rats dans la transmission des maladies contagieuses humaines et animales (peste, trichinose, teigne, spirochétoses, typhus murin, sodoku, fièvre aphteuse, infections diverses ou épizooties, etc.), considérant d'autre part l'énormité des dévastations que ces rongeurs exercent dans le domaine économique, pour ce qui concerne les produits alimentaires en particulier, demande instamment au gouvernement de rendre la dératisation immédiatement obligatoire dans la Métropole et dans tout l'Empire, et de créer un office national spécialisé pour organiser la lutte contre le fléau.

— *Sur la menace du manque de pilocarpine.* — Le vœu suivant, proposé par M. BATHAZARD, a été adopté par l'Académie : « L'Académie de médecine attire l'attention des Pouvoirs publics sur la menace du manque de pilocarpine, seul médicament susceptible d'éviter la cécité à un grand nombre de malades. Il suffirait de 2 à 3 kilogrammes de ce médicament, qu'un avion pourrait apporter du Brésil, seul pays de production, pour éviter les catastrophes redoutées ».

— *Conserves ménagères et botulisme.* — M. R. LEGROUX et Mme JÉRAMEC ont constaté récemment, à diverses reprises, la présence du bacille botulique B dans des conserves « ménagères », de pois, d'épinards, de haricots verts, etc., examinées à la suite d'accidents pathologiques. Dans une communication à l'Académie de médecine, ils ont pensé utile de rappeler les notions essentielles pour la préparation de ces conserves : ne soumettre à la conservation ni viandes, ni légumes ayant voyagé, mais seulement des denrées rigoureusement fraîches et saines ; éviter de préparer des conserves pendant les jours chauds et surtout après une brusque dépression barométrique, celle-ci entraînant dans les tissus morts, végétaux et animaux, une cytolyse rapide qui crée un milieu de culture propice au développement des germes, surtout anaérobies. Pour être assuré de stériliser efficacement par la chaleur, on devra connaître et respecter la règle des temps d'équilibre entre la température à l'extérieur du bocal à conserves et celle des aliments qui y sont enfermés.

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. QUÉNU, professeur de pathologie chirurgicale, est transféré à compter du 1er octobre 1942, dans la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin (dernier titulaire : M Lenormant).

M. MONDOR, titulaire de la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu, est transféré, à compter du 1er octobre 1942, dans la chaire de clinique chirurgicale de la Salpêtrière (dernier titulaire : M. Gosset).

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	**120 francs**
Étudiants..................	**80 francs**
Le Numéro........	**5 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

M. Brocq, titulaire de la chaire de clinique chirurgicale de l'hôpital de Vaugirard, est transféré, à compter du 1er octobre 1942, dans la chaire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'oto-rhino-laryngologiste.* — A la suite de ce concours, sont nommés oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux de Paris : MM. Lemoyne et Bourdial.

— *Concours d'assistants en obstétrique.* — Un concours pour la nomination à deux places d'assistants en obstétrique sera ouvert le 27 octobre 1942. Les inscriptions sont reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria, du 1er au 12 octobre 1942.

— *Concours d'assistants en stomatologie.* — Un concours pour la nomination à deux places d'assistants en stomatologie s'ouvrira le 10 novembre 1942. Inscriptions, 3 avenue Victoria, du 19 octobre au 27 octobre 1942.

— **Hôpitaux de Bordeaux.** — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, le Docteur Marc Moureau est nommé biologiste adjoint des hôpitaux et hospices de Bordeaux et affecté en cette qualité au Laboratoire des services hospitaliers de l'hôpital des Enfants.

— **Hôpital de Bar-le-Duc.** — Un concours pour la nomination à un poste de médecin de l'hôpital de Bar-le-Duc sera ouvert le 27 octobre 1942, à Nancy. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 15 septembre à l'Administration de l'hôpital de Bar-le-Duc.

— **Sanatorium départemental de Plougonven** (Finistère). — Un concours est ouvert pour 4 postes d'interne (850 francs par mois, plus avantages en nature). S'adresser au médecin-directeur.

— **XLIIIe session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.** (Montpellier les 28, 29 et 30 octobre 1942). — La XLIIIe Session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Montpellier les 28, 29 et 30 octobre 1942.

Les rapports suivants y seront exposés et discutés : 1° Les anorexies mentales ; 2° Les traumatismes cranio-cérébraux récents et anciens ; 3° Les conditions de sortie des aliénés délinquants et criminels.

Deux séances seront réservées à des communications neurologiques et psychiatriques.

Prière de se faire inscrire d'urgence auprès du Secrétaire de la session, Docteur Hugues, hôpital psychiatrique Font-d'Aurelle, Montpellier (Hérault).

— **Médaille d'honneur des épidémies.** — La médaille de vermeil des épidémies a été décernée à M. le Docteur Remilly, médecin de l'hôpital civil de Versailles, pour maladie grave contractée dans l'exercice de ses fonctions.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Joëlle Sautter, fille du Docteur Yves Sautter, chirurgien de l'hôpital d'Autun (Autun, 16, rue des Cités, 9 août 1942) ; de Christian Candelon, deuxième fils du Docteur Pierre Candelon (8, rue de Vienne, Paris, VIIIe, 23 juillet 1942) ; de Jean-Claude Jourdain, deuxième fils du Docteur René Jourdain (Raddon, Haute-Saône, 18 août 1942) ; de Françoise Puig, deuxième enfant du Docteur Puig, président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-et-Marne (Choisy-en-Brie, Seine-et-Marne, 16 août 1942).

A la mémoire d'un des nôtres

Le Docteur Pierre DROUIN nous envoie le texte de la citation suivante qu'il nous demande d'insérer :

Inscrit à titre posthume pour la Médaille militaire :

CRAPEZ (Jean), médecin auxiliaire d'un magnifique courage qui s'est dépensé sans compter au cours de durs combats en retraite où il a puissamment contribué à sauver la totalité des blessés de son bataillon. A trouvé une mort glorieuse le 13 juin 1940, dans la forêt de La Lande (Seine-Inférieure), sous les mitrailleuses ennemies en se portant héroïquement au secours de nouveaux blessés. A été cité.

« A cette époque troublée, ajoute à juste titre notre correspondant, de tels actes d'héroïsme réconfortent ; mais combien les connaissent et combien en sont dignes ? »

Bibliographie

LIBRAIRIE LAVANDIER,
5, rue Victor-Hugo, Lyon

Médecine et travail. Tome I. Groupe lyonnais d'études médicales, philosophiques et biologiques. Un vol. in-8 écu, 368 pages. Prix net : 40 francs.

Sujet de haute actualité et que se devait d'aborder le groupe lyonnais dans le moment où la médecine du travail prend forme et se codifie.

On trouvera ici d'utiles et pertinentes considérations techniques et philosophiques. Elles sont dignes de retenir l'attention de tous ceux qui pensent à demain et au difficile retour à une économie de paix.

G. L.

MASSON ET CIE, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

R. PIGEON, médecin des sanatoria de l'Assistance publique de Paris. — **Coagulation et section des brides pleuro-pulmonaires par la méthode endoscopique.** INDICATIONS. TECHNIQUES. RÉSULTATS. Un vol. de 104 pages, avec 14 fig. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, n° 29). Préface du Professeur Fernand Bezançon.

Le pneumothorax doit être électif.

Son électivité, partant son efficacité, est dans la majorité des cas entravée par la présence d'adhérences et de brides qui non seulement contrarient la fermeture des lésions, mais sont aussi la cause de nombre de complications du pneumothorax. Il est donc nécessaire de libérer le poumon des adhérences, de toutes les adhérences. L'auteur montre la nécessité de sectionner les brides en apparence négligeables et le plus tôt possible.

Le résultat clinique est fonction du résultat opératoire et les meilleurs résultats sont observés dans les interventions précoces.

Avec les méthodes employées jusqu'alors, les risques de l'intervention étaient assez nombreux : épanchements abondants et rebelles, riches en bacille de Koch, perforations pleuro-pulmonaires, hémorragies opératoires ou post-opératoires, etc. La nouvelle méthode mise au point par l'auteur, la diathermie bi-polaire, outre qu'elle réduit considérablement la durée de l'intervention, mettrait à l'abri de telles complications. Cette technique permet de sectionner des adhérences hypervascularisées, des brides « tunnellisées » contenant du tissu pulmonaire et des adhérences membraneuses larges. Elle permet également de sectionner des brides dont les rapports

anatomiques sont dangereux, comme celles voisinant les gros vaisseaux du hile ou du dôme pleural, le courant employé étant froid (à l'encontre du cautère).

La diathermie bi-polaire donne un courant stérilisant permettant d'intervenir dans des cavités pleurales infectées ou parsemées de tubercules ; son action coagulante enfin est puissante et strictement limitée aux deux points de l'électrode, électrode bi-active.

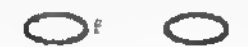
Outre sa technique, l'auteur trace les indications de l'intervention et de nombreux documents radiologiques montrent les résultats obtenus par lui.

MASSON ET CIE, éditeurs
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Michel POLONOVSKI, professeur à la Faculté de médecine de Paris et Albert LESPAGNOL, professeur à la Faculté de Lille. — **Chimie organique biologique.** *Introduction chimique à l'étude de la biologie générale.* Préface de A. Desgrez. *Deuxième édition, entièrement refondue.* Un vol. de 856 p., 300 francs.

Sous ce titre paraît une deuxième édition entièrement refondue de l'ouvrage publié en 1934 par MM. Polonovski et Lespagnol.

Exposer les données indispensables, à l'exception de celles qu'on peut trouver dans un précis élémentaire ; apporter un tableau général de l'état actuel de nos connaissances biochimiques, sans rien négliger d'essentiel dans le domaine acquis, mais en insistant spécialement sur les problèmes qui attirent aujourd'hui l'attention des chercheurs, tel est le but qu'ont poursuivi les auteurs, s'adressant aux savants, aux laboratoires, à l'enseignement supérieur.



ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur

1° *Médecins prisonniers*

COMMUNIQUÉ URGENT

La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers du Conseil supérieur de l'Ordre a été avisée des accords intervenus au sujet de la relève des médecins prisonniers.

Cette relève serait effectuée par échelons successifs et intéresserait la totalité des médecins maintenus en captivité.

La durée du séjour effectif en Allemagne vient d'être fixée à un an par les Autorités allemandes, pour les médecins effectuant la relève.

Devant l'importance des mesures prises la Commission fait, de nouveau, un pressant appel en vue d'augmenter le nombre des volontaires déjà inscrits.

Au besoin des désignations d'office viendront compléter les effectifs nécessaires.

La solution est maintenant *urgente.*

Ecrire à l'Ordre National des médecins (Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers), 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe).

2° *Lettre adressée aux Présidents des Commissions régionales sur les qualifications des spécialistes :*

....

Le Conseil supérieur a décidé de procéder à la qualification des divers spécialistes suivants : des phtisiologues, des dermato-vénéréologues, des chirurgiens, des oto-rhino-laryngologistes et des ophtalmologistes.

Voici la méthode qu'il vous propose dans chaque région :

Un chirurgien ou un spécialiste sera désigné par le Conseil supérieur et celui-ci réunira 3 à 5 de ses collègues choisis — en tenant compte des divisions géographiques — qui procéderont avec une très grande largeur de vue à la qualification des chirurgiens et des divers spécialistes. Cette largeur de vue s'impose en une période de transition.

Le chirurgien ou le spécialiste désigné par le Conseil de l'Ordre pourra présider lui-même cette Commission. Il établira une liste de chirurgiens ou de spécialistes qualifiés choisis par département. Cette Commission procèdera à la qualification nominative des divers spécialistes. Il est bien entendu que cette qualification doit être envisagée de façon large et aboutira à reconnaître ceux qui, soit en raison de leur titre, soit avec une expérience nettement établie, exercent la chirurgie ou leur spécialité. Les membres de l'Association française de chirurgie, les membres des Sociétés de spécialités sont inscrits de droit ; les autres candidats seront examinés avec la plus grande bienveillance. Les situations acquises devant être respectées, on se montrerait infiniment plus sévère dans l'avenir pour les candidatures nouvelles. Les chirurgiens seront classés en chirurgien pratiquant la chirurgie générale, l'urologie, la gynécologie, l'orthopédie.

Les listes établies par les soins de cette Commission seront transmises au Conseil supérieur avant d'être rendues publiques. S'il apparaissait au Conseil supérieur que des modifications sont désirables, il en ferait part à la Commission. En cas de refus de qualification par la Commission ainsi établie, le médecin évincé conservera un droit d'appel devant le Conseil supérieur.

Le Conseil supérieur attache une grande importance à ce que les listes soient établies dans un délai de deux mois, de façon à ce qu'il puisse en prendre connaissance à sa session du 2 octobre 1942 et qu'ainsi les noms des spécialistes qualifiés puissent figurer sur le Tableau en janvier 1943. Celui-ci indiquera à côté de leur nom, la spécialité pour laquelle ils ont été qualifiés. L'oto-rhino-laryngologie et l'ophtalmologie, selon les usages les plus répandus, pourront être cumulés.

. . . .

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assistance

Loi n° 689 du 21 juillet 1942 relative à la création et à l'organisation du Conseil supérieur de l'Assistance en France.

La compétence du Conseil supérieur est étendue non seulement à l'Assistance publique, mais encore à l'Assistance privée. Notons par ailleurs, parmi les membres de droit, un représentant du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins.

(*J. O.*, 22 août 1942.)

Auxiliaires médicaux

Décret n° 2483 du 13 aout 1942 instituant un diplôme d'Etat de moniteur de gymnastique médicale.

Ce diplôme, qui sera délivré aux candidats et candidates de nationalité française ayant suivi un enseignement de deux années, sera exigé de toute personne pratiquant la gymnastique médicale ou orthopédi-

que, soit dans un établissement public, soit dans un organisme fonctionnant à l'aide du concours financier de l'Etat, des collectivités locales ou des établissements publics.

A titre transitoire, et pendant deux ans, les spécialistes exerçant actuellement dans l'un des établissements ou organismes ci-dessus pourront être admis à subir un examen sur titres et sur épreuves en vue de l'obtention du diplôme.

(*J. O.*, 21 août 1942.)

Défense passive

Loi n° 787 *du* 13 *aout* 1942 *modifiant la loi du* 3 *juillet* 1941 *fixant les règles d'indemnisation des engagés volontaires et requis civils au titre de la défense passive.*

Le premier paragraphe de l'article 3 de la loi du 3 juillet 1941 fixant les règles d'indemnisation des engagés volontaires et requis civils au titre de la défense passive en cas d'incapacité temporaire de travail est modifié ainsi qu'il suit :

« En cas d'incapacité temporaire de travail, les intéressés reçoivent une indemnité compensatrice de la perte subie dans le produit de leur travail habituel, sans toutefois qu'elle puisse excéder 60 francs par jour.

« A cette indemnité s'ajoutent les allocations familiales prévues par la législation en vigueur ».

(*J. O.*, 22 août 1942.)

Exercice de la médecine. Médecins étrangers

1° MÉDECINS AUTORISÉS

Arrêté du 11 *août* 1942

Départements divers : Dr MACASDAR (René), exerç. à Vendeuvre-sur-Barse (Aube) ; Dr PONTREFACT (Edwin), exerç. à Saint-Hilaire-du-Touvet, sanatorium du Rhône (Isère) ; Dr PINATZIS (Georges), exerç. à Grenoble (Isère) ; Dr ALCALAY (Jean), exerç. à Nevers ; Dr KYRIACO (Constantin), exerç. à Chantenay-Saint-Imbert (Nièvre) ; Dr TSATSARONIS (Socrates), exerç. à Magny-Cours (Nièvre).

Seine : Dr AUDAIN (Georges), exerç. à Paris ; Dr DE BERGMANN, née ROSOV (Olga), exerç. à la Varenne ; Dr BIRNIE-SCOTT (Franck), exerç. à Paris ; Dr DAVENPORT (William), exerç. à Paris ; Dr DIRATZ (Jean), exerç. à Paris ; Mlle le Dr DOBKEVITCH (Olga), exerç. à Paris ; Dr DORIAN (Sanil), exerç. à Paris ; Docteur INGLESI (André), exerç. à Paris ; Dr JACKSON (Sumner), exerç. à Paris ; Dr KATCHOURA (Vladimir) ; Dr KOPACZEWSKI (Ladislas), Dr MERRILL (Théodore), Dr NAAME (Chukri) ; Dr PALAZZOLI (Max) ; Dr PESCAROLO (William) ; Dr TEDESCO, née POLACK (Beatrix), exerç. à Paris ; Dr THIRY (Paul), exerç. à Levallois-Perret ; Dr TOLSTOÏ (Serge), exerç. à Paris.

2° MÉDECINS INTERDITS

Arrêté du 11 *aout* 1942

Alpes-Maritimes : Dr BRUTER (David) et Dr FEDEROWSKI (Vladimir), exerç. à Nice.

Seine : Dr ASDERY (Hélène) ; Dr COURAUROCALIS (Démosthène) ; Dr DI RUGGIERO (Agnès-Gérard) ; Dr JOEL (Alphonse) ; Dr KRAINIK (Remus) ; Docteur PISAM (Octavian) ; Dr ROSENZVEIG (Simon) ; Docteur SEGAL (Pina) ; Dr SKWIRSKY (Elisabeth) et Dr VERDÉ (Eugène), exerçant tous antérieurement à Paris.

(*J. O.*, 25 août 1942).

Voir la suite page XIII-747

PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE

Présentation de malades

Un encéphalitique

Par M. le Professeur Laignel-Lavastine

rédigée par M. Pierre Fouquet, interne du service

M. Laignel-Lavastine. — Henri, que je vais vous présenter aujourd'hui, va vous dire lui-même pourquoi il est venu à l'hôpital.

Le malade (*avec un large sourire*). — Oui, Monsieur le Professeur, je suis content d'être en société et de pouvoir parler ; je suis venu ici pour de la faiblesse.

M. Laignel-Lavastine. — Expliquez-nous cela ; racontez-nous un peu votre vie.

Le malade. — Je suis dans ma trente-troisième année, je ne suis pas au bout de mon rouleau ! (*il rit niaisement*). On m'a dit que j'avais eu mon certificat d'études à 18 ans, mais je ne m'en souviens plus très bien ; ensuite, je suis entré dans plusieurs maisons comme aide-comptable et j'ai fait un grand nombre de places.

M. Laignel-Lavastine. — Comment se fait-il que vous n'ayez pas donné satisfaction, instruit et travailleur comme vous l'êtes ! Voyons, combien font 7 × 8 ?

Le malade (*sans hésiter*). — 54.

M. Laignel-Lavastine. — Et 9 × 8 ?

Le malade. — .....42, oh ! je sais compter, vous savez !

M. Laignel-Lavastine. — Je m'en rends compte ; mais continuez à nous parler de votre activité professionnelle.

Le malade. — J'ai été garçon de salle en 1932 ou 33, mais on m'a renvoyé ; alors, de temps en temps, je faisais de petites corvées pour rendre service, et je suis tombé en chômage ; mais voilà, maintenant ils ne veulent plus de moi ! alors je suis venu à l'hôpital !

M. Laignel-Lavastine. — On ne peut avec plus de spontanéité nous faire part du caractère utilitaire de ce placement ! Pourtant cet aveu dépourvu d'artifices est plus instructif qu'il n'y paraît ; dès le début de cet entretien, nous nous sommes trouvés devant un niveau intellectuel bien particulier. Toute l'attitude d'Henri, sa satisfaction béate, sa jovialité inaltérable, jointes au récit de sa déchéance professionnelle progressive, nous inclinent à voir en ce garçon un débile mental, inadapté social, incapable de subvenir seul à ses besoins et qui a raison de solliciter notre assistance.

Au malade. — N'est-ce pas que vous êtes vif et intelligent ?

Le malade. — Ah ! ça oui (*satisfaction évidente d'Henri, qui approuve largement*).

M. Laignel-Lavastine. — Voyons, Henri, parlez-nous maintenant des événements de juin 1940.

Le malade (*paraît réfléchir très profondément pendant quelques instants*). — Docteur ! Je ne fais pas de politique, moi ! Tout ce que je peux vous dire, c'est que j'étais encore au chômage mais que pour le ravitaillement et les provisions, ça a commencé avec les tickets.

M. Laignel-Lavastine. — Mais à la suite de quoi tout cela est-il arrivé ?

Le malade. — Oh ! je ne suis pas très liseur de journaux ; il y avait bien la guerre, mais je ne sais pas comment ; ma sœur a même quitté Paris.

M. Laignel-Lavastine. — Encore un trait caractéristique de l'oligophrénie : l'égotisme, qui va de pair, chez Henri, avec un certain désintérêt de la vie, indiquant combien est restreint le cercle de ses préoccupations ; ce qui le frappe surtout ce sont les difficultés personnelles qu'il a pu avoir, et le départ de sa sœur. Remarquez encore sa grande suggestibilité, qui le pousse à ne jamais nous contrarier, à approuver tout du même air bonasse.

Au malade. — En somme, vous n'avez jamais été malade ?

Le malade. — C'est exact, je suis assez fort.

M. Laignel-Lavastine. — Pourtant cette faiblesse, qu'il invoquait tout à l'heure, se manifeste par un grand souci de sa santé. Tous les matins, il réclame des soins pour ses yeux, pour ses oreilles, pour sa constipation...

Le malade. — Ah oui ! ça, Docteur, c'est vrai ; maman me donnait toujours des pilules du Dr X..., je crois que vous devriez en faire autant !

M. Laignel-Lavastine. — Son désir de se rendre intéressant le pousse à truquer parfois, à jouer la comédie. N'est-ce pas Henri ?

Le malade. — Oui, Docteur, comme la crise de l'autre jour ; je reconnais que j'ai fait semblant d'avoir une crise pour qu'on s'occupe de moi ; sinon, on me laisse toujours dans mon coin !

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Un autre attrait de la visite du matin pour Henri est la possibilité qu'il a — et il n'y manque pas — de nous raconter des rêves où il joue toujours un rôle flatteur.

LE MALADE. — Hier j'ai rêvé que j'étais général en chef, oui ! à la tête d'une grande armée qui battait tout le monde.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Et avant-hier ?

LE MALADE. — Je ne m'en souviens plus, mais l'autre jour, j'avais rêvé que j'étais dans la salle d'un grand hôpital où les infirmières ne s'occupaient pas de moi, si bien que j'ai été obligé de me fâcher !

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Ne m'aviez-vous pas raconté aussi que vous aviez fait un long voyage en avion ?

LE MALADE. — Ça, ce n'est pas un rêve, c'est vrai : il y a deux mois, en rentrant chez moi à l'hôtel, je me suis perdu ; quand je me suis retrouvé devant la porte, il y avait un grand avion. J'y suis monté et me suis trouvé assis à côté du pilote. C'était splendide, il y avait comme un wagon-restaurant, et aussi un cinéma !

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Mais que faisiez-vous ?

LE MALADE. — Je regardais, et à un moment donné, j'ai jeté des bombes.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Mais, voyons, c'est un rêve que vous nous racontez !

LE MALADE. — Mais non, je vous assure, c'est la vérité.

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Sa conviction post-onirique est inébranlable.

Arrêtons-nous un instant pour faire un premier bilan de notre interrogatoire. Nous avons mis en évidence, sur un fond de débilité mentale manifeste, un comportement névropathique fait d'importunité assidue, de suggestibilité et de tendance à la simulation ; en raison même du niveau mental d'Henri, les mobiles de cette conduite avec ses thèmes de grandeur naïve apparaissent clairement comme pleins d'un sens de compensation idéo-affective ; enfin, ses rêves et le récit de son activité onirique en témoignent aussi. Mais je dois vous apprendre qu'Henri nous a été adressé ici, non seulement en raison de son incapacité sociale, mais aussi pour des crises d'épilepsie ; en effet, il a présenté à plusieurs reprises, dans le service, d'authentiques manifestations motrices du haut mal. Voilà un tableau psychopathique bien complexe, semble-t-il ; pourtant, observez notre malade : sa présentation n'est-elle pas typique, avec son faciès figé, n'exprimant que par une mimique bien pauvre une satisfaction niaise, avec des gestes rares et lents, avec sa parole également lente et traînante traduisant une bradypsychie et une viscosité mentale accentuées ?

L'examen neurologique nous révèle l'existence d'une hypertonie du type extra-pyramidal, prédominant du côté droit ; le signe de la roue dentée est positif au membre supérieur de ce même côté ; les réflexes de posture aux jambiers antérieurs et aux biceps sont exagérés. Enfin, si nous faisons marcher rapidement notre malade, la pert e du balancement automatique du bras droit achève de nous convaincre que nous avons à faire à un syndrome moteur encéphalitique de type parkinsonien. Il faut avouer que, dans les antécédents d'Henri, on ne trouve pas la notion nette d'un accident infectieux rappelant l'encéphalite ; mais de tels faits sont loin d'être exceptionnels, et la ponction lombaire est venue nous confirmer, s'il en était besoin, l'atteinte encéphalitique, en nous montrant un taux de sucre au voisinage d'un gramme dans le liquide céphalo-rachidien.

Les crises comitiales d'Henri, les perturbations instinctivo-affectives qu'extériorise son comportement, les phénomènes oniriques dont il nous fait part, datent d'environ trois années ; ces séquelles psychopathiques ont paru précéder l'installation du syndrome moteur qui reste encore léger ; elles sont apparues sur un terrain de débilité mentale accentuée, ce qui rend compte des particularités sur lesquelles nous avons insisté, et du pronostic mental très réservé, malgré les thérapeutiques anti-infectieuses que nous mettrons en œuvre.

ACTION DE LA MÉTALLOTHÉRAPIE SUR LES PLAIES ATONES

Dans un récent article, le *Concours Médical* signalait l'intéressante communication faite à l'Académie de chirurgie par le Docteur Brette (des hôpitaux de la Marine), sur l'action cicatrisante de l'aluminium appliqué sur des plaies traînantes. Le Docteur Jean Gosset rappelait que sur les greffes de peau totale, les chirurgiens américains appliquaient souvent une feuille d'argent pur, qui semblait donner des résultats heureux. L'auteur de l'article concluait à l'intérêt de signaler cette méthode nouvelle de traitement des plaies atones. En réalité, le traitement des plaies atones par la métallothérapie est déjà très ancien. En 1905 le Docteur de Boucaud, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, l'appliquait dans le service des pansements externes à l'hôpital Saint-André et le Docteur Pierre Bernard, dans un spirituel article du *Concours Médical* du 30 mai 1937, page 1673, donnait les directives de cette méthode de traitement qu'il appliquait avec d'heureux résultats depuis 26 ans : « Nous traitions ainsi un grand nombre d'ulcères variqueux de toute dimension et de toute profondeur. Sur un cahier d'observations nous dessinions lors du premier pansement la silhouette de l'ulcère et nous inscrivions sa surface et sa profondeur. Chaque semaine un nouveau dessin, et nous

prenions note des mensurations nouvelles. Nous suivions les étapes de la guérison des ulcères et nous étions surpris de la rapidité de la cicatrisation au contact de la plaque de zinc. Je me suis toujours rappelé ce pittoresque traitement, dont le souvenir se mêle dans ma mémoire avec celui de la cornette blanche de Sœur Victoire et de la barbe blonde de l'excellent Docteur de Boucaud ».

J'ai soigné personnellement plus de 1.500 plaies atones des membres inférieurs, ulcères variqueux, plaies de la face antérieure du tibia, maux perforants plantaires, ulcérations tuberculeuses, par la métallothérapie. J'ai utilisé diverses plaques métalliques, tôle, laiton, cuivre, aluminium, zinc. C'est encore la plaque de zinc, que l'on peut se procurer chez un plombier quelconque, qui m'a donné les meilleurs résultats. L'emploi en est facile : on taille une plaque dépassant d'un ou deux centimètres les bords de la plaie et cette plaque stérilisée par ébullition est appliquée sur l'ulcération préalablement nettoyée et bien séchée.

Dans les pansements ultérieurs, il est inutile et même nuisible de nettoyer la plaie, sauf au début du traitement si la suppuration est trop intense. Pansement compressif en appliquant sur la plaque soit une éponge en caoutchouc, soit un bourrelet de coton, et en enveloppant le tout avec une botte silicatée ou un pansement collé à la colle de Unna, qui est laissé en place, suivant le cas, huit à dix jours et souvent plus longtemps. Le pansement collé est préférable à la bande élastique car il réalise un pansement solide, au gré du praticien, et qui ne glisse pas.

Dans les circonstances actuelles, étant donné la raréfaction de l'arsenal thérapeutique, le traitement des ulcères et des plaies atones par la métallothérapie, procédé simple, peu onéreux et facile à appliquer, mériterait d'être mieux connu des praticiens car il permet d'obtenir d'heureux résultats dans de nombreux cas où toute autre méthode de traitement a échoué.

La plaque de zinc ou d'aluminium, non irritante pour la peau, permet d'éviter l'emploi de pommades, crèmes ou autres produits plus ou moins caustiques, qui souvent employés sans tâter préalablement la susceptibilité de certaines peaux, favorisent l'éclosion de dermites ou d'eczématisations secondaires souvent plus ennuyeuses pour le malade et le médecin que l'ulcération primitive.

Comment agissent les plaques métalliques ? Je ne crois pas que les sels de zinc ou d'aluminium produits par la sécrétion des plaies au contact des plaques aient une influence prépondérante et qu'il faille invoquer leur action kératoplastique (les pommades à base d'aluminium et les attouchements au crayon de zinc sont dans des cas semblables inopérants) ; souvent j'ai obtenu les mêmes résultats avec d'épaisses plaques de verre dépoli et si j'utilise les plaques de zinc c'est parce qu'elles sont plus faciles à manier et à adapter aux différentes variétés d'ulcérations.

En réalité, la rareté des pansements et la compression uniforme de la plaie et des tissus environnants que les plaques permettent de réaliser beaucoup mieux qu'avec tout autre procédé, paraissent jouer le principal rôle dans cette rapide cicatrisation. Il est en effet d'observation courante que la plupart des plaies atones bénéficient toujours de pansements rares et compressifs.

D'autre part, la non adhérence aux plaies des plaques métalliques permet d'éviter à chaque pansement la destruction des cellules épidermiques en voie de formation.

Bien entendu, le traitement général approprié à chaque diathèse ne doit pas être négligé.

Dr L. Dapot (Saint-Etienne).

LE MONOCLE EN MÉDECINE

Ses indications et contre-indications

Par le Docteur Etienne Ginestous

Lauréat de l'Institut,
Lauréat de l'Académie de médecine

Quelle que soit la date de création et d'invention du monocle, il apparaît qu'il a varié dans ses formes et mode d'emploi à travers les temps. Le monocle des anciens n'était pas celui que nous connaissons aujourd'hui. On le porta d'abord à la main — il s'appelait dans ce cas manocle, — ou suspendu au chapeau pour le placer devant l'œil, au moment nécessaire. Plus tard, — c'est le mode d'application aujourd'hui en usage — on le fixa dans l'orbite par la contraction du muscle orbiculaire. Les verres adaptés à la correction de l'amétropie, de la presbytie, sont généralement sertis dans des « drageoirs », soit métalliques, soit en celluloïd ou en écailles. Ces « drageoirs » sont unis ou avec anneaux.

Il existe également une variété de monocles très différents des précédents par leur forme et leur usage. Ce sont les monocles ou loupes monoculaires dont se servent certains artisans pour l'exécution de leurs travaux. Le plus connu de cette variété est le *monocle des horlogers*.

***

Quels sont les malades pouvant trouver bénéfice au monocle ?

Il est des mutilés de la face — énucléés ou exentérés — qui, par le port d'un monocle, couvrent la difformité dont ils sont affectés. Leur infirmité est leur excuse. A part cette raison digne de commisération, il faut trouver dans une possibilité d'amélioration optique de la vision la raison de l'usage du monocle. Nous allons examiner les différents cas qui peuvent se présenter.

Correction des amétropies :

a) *Amétropies de même variété et de même degré de chaque œil, myopie ou hypermétropie avec acuité égale de chaque œil.*

La correction monoculaire, par conséquent le port du monocle, est absolument contre-indiqué. Il a pour conséquence une gêne et même la suppression de la vision binoculaire.

Kitchiner (1) dit que « laissant un œil dans l'inaction, on arrive à créer une différence de

---

(1) William Kitchiner. — L'économie de l'œil ou instruction pour la conservation et l'amélioration de la vue, avec remarques sur le port des lunettes, l'emploi de la lorgnette et du télescope, 1825, p. 69.

portée visuelle dans les deux yeux ». Il a remarqué que beaucoup de myopes ont l'œil droit plus faible que le gauche : il l'explique par l'habitude qu'avaient ces personnes de se servir d'un monocle. Cohn (1) a constaté que 9,7 % des horlogers de Breslau étaient myopes et que 4 % l'étaient avant leur entrée dans la profession. Il attribue cette myopie souvent monoculaire à ce fait que les horlogers se servent constamment pour leur travail fin et minutieux d'une loupe appliquée à un œil, généralement le droit.

b) *Anisométropies.*

(Les deux yeux peuvent être *hypermétropes* ou *myopes* à des degrés différents ; l'un d'eux peut être *hypermétrope*, l'autre *myope* ; un œil peut être *myope* ou *hypermétrope*, l'autre *emmétrope*).

Y a-t-il intérêt à prescrire la correction monoculaire ? C'est toute la question du traitement optique qui se pose et son étude dépasserait le cadre de ce travail. Les solutions sont variables suivant les cas. Landolt (2) résume en ces quelques lignes, la doctrine : «... Etant donné, d'une part, que l'impression stéréoscopique est d'autant plus vive, la vision binoculaire d'autant plus précise que les images rétiniennes de chaque œil sont plus nettes, d'autre part que l'anisométrope est dans l'impossibilité de corriger son inégalité de réfraction par un effort d'accommodation différent pour chaque œil, on serait tenté de rétablir, au moyen de verres correcteurs, l'identité dans l'adaptation des yeux... En agissant de la sorte, on irait absolument à l'encontre du succès dans la majorité des cas. L'anisométrope doué de la vision binoculaire conviendra parfaitement qu'il voit bien mieux avec son œil corrigé que lorsqu'il ne l'est pas, mais il déclarera plus énergiquement encore qu'il préfère de beaucoup la vision binoculaire sans verre qu'avec la correction, que cette dernière lui occasionne une gêne considérable ... ».

Donc, dans la grande majorité des cas, pas de correction optique de l'anisométropie, par conséquent pas de monocle.

c) *Astigmatisme.*

Vouloir corriger l'astigmatisme par un monocle est un non sens. La correction optique d'un œil astigmate ne peut être obtenue que par la fixité de l'axe du cylindre. Or, comment obtenir cette fixité par un verre maintenu par la contraction musculaire de l'orbiculaire ?

CORRECTION DE LA PRESBYTIE

Il est également contraire aux lois de la physiologie oculaire de limiter à un seul œil la correction de la diminution de la puissance accommodative résultant de l'âge. Agir ainsi, c'est rompre l'effort de convergence qui accompagne tout acte accommodatif ; c'est de ce fait, provoquer des phénomènes d'asthénopie avec leur cortège symptomatique douloureux.

CORRECTION DE L'APHAKIE.

Sans même envisager la possibilité de la vision binoculaire chez les aphaques — question très discutée — il ne paraît pas indiqué, il est même contre-indiqué de conseiller le port d'un monocle après opération de la cataracte, correction qui nécessite un verre lourd. On ne voit pas trop quel en serait l'avantage, et on comprend au contraire quel en serait l'inconvénient, pour ne pas dire le danger d'exposer un œil opéré de cataracte aux contractions continuelles du muscle orbiculaire.

De ces premières considérations, il ressort que sont bien rares les cas où l'usage du monocle est justifié par des raisons optiques. Il est contraire aux lois de la physiologie oculaire. Aussi, à ce sujet, l'appréciation des auteurs est-elle plutôt sévère. Furnari (1) dit : « Les artisans qui « sont obligés d'employer des *loupes monocles* « doivent prendre l'habitude de se servir tantôt « d'un œil, tantôt de l'autre ; car l'usage continuel des moyens de grossissement finit par détériorer la vision au point de nécessiter des grossissements de plus en plus développés et qui « sont suivis de la perte absolue des fonctions « visuelles ».

Nous avons déjà indiqué l'opinion de Kitchiner.

Rapportant des observations de Roquetta, Deval (2) dit avoir connu des personnes qui étaient devenues amaurotiques d'un côté par suite de l'usage d'un lorgnon monocle qu'elles n'avaient porté que par simple coquetterie ».

Caillaud (3) exprime en ces termes l'opinion de tous les ophtalmologistes : « L'emploi du monocle au point de vue optique est tout à fait « à rejeter. En effet, il ne peut contenir de verre « cylindrique, car il n'est pas possible de le faire « tenir dans un axe ; il ne peut contenir de verre « sphérique lourd ; il ne peut renfermer absolument que des verres biplans ou des sphériques « légers. Son indication est donc très limitée ; « elle ne pourrait servir qu'au cas où la correction « binoculaire comporterait d'un côté un verre « plan, de l'autre un sphérique faible ; cas rare, « en vérité. Et même dans ce cas, la correction

(1) COHN. — *In* Hygiène du travail. Bureau international du travail, Art. : Horlogers.

(2) LANDOLT. — Traitement de l'anisométropie, *In* Traité complet d'ophtalmologie de Wecker et Landolt, T. III, page 479.

(1) FURNARI. — Traité pratique des maladies des yeux, 1841, p. 398.

(2) DEVAL. — Traité des maladies des yeux, 1862, (p. 759).

(3) CAILLAUD. — Le choix des verres et de leurs montures en ophtalmologie, 1912, p. 228.

« est mauvaise, car le verre est toujours mal cen-
« tré, il n'est pas à 13 millimètres de la cornée,
« au foyer antérieur du diopte oculaire. Il est
« inutile d'insister pour montrer ses dangers, et
« jamais un oculiste ne devrait en ordonner ».

***

Sans utilité pratique, d'usage peu recommandable comme correcteur des vices de réfraction, le monocle présente des inconvénients graves qui commandent d'en proscrire l'emploi. Le port prolongé produit autour des paupières des cicatrices cutanées qui sont disgracieuses (Caillaud) (1). On ne soumet pas impunément sans qu'il se révolte le muscle orbiculaire à des contractions répétées. L'orbiculaire n'est pas un appareil de préhension, il n'est pas fait pour maintenir, fixé dans l'orbite, un corps étranger, ce corps étranger fut-il un monocle.

René Cruchet (2) a décrit en ces termes, sous l'appellation de *tic professionnel*, les contractions des orbiculaires qui surviennent chez les professionnels, horlogers, micrographes, graveurs, etc... faisant usage de la loupe monoculaire : « ... Il arrive un moment où chez quelques-
« uns de ces professionnels l'œil cligne presque
« continuellement, constituant ce que l'on a dési-
« gné sous le nom de tic de l'horloger, du graveur,
« du bactériologiste. C'est un premier stade de
« l'affection qui peut demeurer stationnaire,
« mais assez fréquemment, les muscles voisins
« présentent, à leur tour, de petits mouvements
« cloniques, et, au bout d'un certain temps, toute
« la face du même côté finit par grimacer... ».
Ceux-là ont une excuse. Ils usent du monocle pour leur travail. C'est le risque de la profession. Mais les autres, quelle excuse ont-ils ? Aucune. Ils risquent fort d'avoir oublié cette parole, conclusion de l'Ecclésiaste : *Vanitas, vanitatum et omnia vanitas.*

Les Thèses

Dr Jean L'Hirondel. — **La ponction d'antre. Importance de l'oto-mastoïdite dans la pathologie du nourrisson** (Thèse de Paris, 1941).

L'oto-mastoïdite du nourrisson est une affection fréquente et bien des fois latente. Elle est à l'origine de troubles divers, souvent graves (syndromes chlolériformes, états toxiques, athrepsie, etc.)

Pour rendre plus simple le diagnostic assez délicat de cette affection, le Dr Jean L'Hirondel préconise la ponction d'antre, imaginée par M. Grenet et lui-même. Chez le nourrisson, l'antre est volumineux, superficiel, et sa ponction par voie externe peut être faite avec une relative facilité. L'instrument utilisé par l'auteur est une petite aiguille-trocart de 7 millimètres de longueur et de 1 millimètre 1/2 de diamètre, montée sur manche. Ayant pris pour repère le fond d'une fossette situé sur une ligne qui joint l'orifice auditif externe à la tubérosité occipitale, à 3 ou 4 millimètres derrière l'insertion du pavillon de l'oreille et à 7 ou 8 millimètres au-dessus de l'extrémité libre de la mastoïde, on enfonce à ce niveau le trocart, perpendiculairement à l'os, par une pression forte et soutenue sur une épaisseur de quelques millimètres, jusqu'à sensation de résistance vaincue. Le mandrin est à ce moment enlevé ; on lui substitue une aiguille de 4 centimètres qui est poussée jusqu'à la face profonde de l'antre ; on aspire alors le liquide ou le pus avec une seringue de deux centimètres cubes.

Dr J. Dupin-Girod. — **Contribution à l'étude d'une thérapeutique analgésique et tonique : l'acétylsalicylate de noréphédrane** (Thèse de Paris, 1942).

L'acétylsalicylate de noréphédrane, corps synthétique chimiquement défini et cristallisé, dû à la combinaison de l'acide acétylsalicylique (aspirine) et du noréphédrane (vaso-constricteur voisin de l'adrénaline et de l'éphédrine) réunit les propriétés de ses deux radicaux : analgésique et antipyrétique par l'acide acétylsalicylique, il est décongestif et tonique par la base noréphédrane.

Les indications de ce médicament sont : la grippe, le coryza et leurs complications, les courbatures fébriles, les asthénies, le surmenage physique et intellectuel, les algies, névralgies, etc. La posologie optima semble être de deux comprimés dosés à 0 gr. 008 (avec ou sans acide acétylsalicylique de renforcement) par jour, un le matin au réveil, le second avant le repas de midi. Eviter d'administrer le médicament le soir, en raison d'insomnie possible tenant à l'action sthénique du noréphédrane.

Dr André Bruneteaud. — **Le cresson. Propriétés thérapeutiques et pathogéniques. La cystalgie du cresson** (Thèse de Paris, 1942).

Le cresson, lorsqu'il est consommé en quantité assez grande, peut déterminer des troubles cystalgiques, connus d'ailleurs depuis longtemps. Ils consistent en une irritation passagère de la muqueuse vésico-uréthrale, se traduisant par une sensation de brûlure, des douleurs à la miction, du ténesme recto-vésical. Ces phénomènes sont de courte durée et se calment rapidement, au besoin par l'emploi de suppositoires opiacés ou belladonés dans les cas intenses. Certains sujets y sont prédisposés, mais l'absorption d'une quantité assez grande de cresson est nécessaire pour les provoquer.

Les phénomènes cystalgiques en question sont dus à l'essence sulfo-azotée (sénévol phényl-éthylique) que le cresson renferme. Ce principe sulfo-azoté est détruit par la chaleur et le cresson cuit ne détermine pas de troubles cystalgiques.

Les livres qui viennent de paraître....

Chez Masson et Cie,
120, boulevard Saint-Germain

A. Policard. — **L'appareil de croissance des os longs.** Un vol., 216 p., 46 fig., 65 francs.

A. Ravina. — **L'année thérapeutique.** Médications et procédés nouveaux. *Seizième année*, 1941. Un vol. 154 p. Prix : 30 francs.

(1) *Loc. cit.*, p. 228.
(2) René Cruchet. — Formes cliniques des tics unilatéraux de la face. (Communication au Congrès des aliénistes de Pau, 3 août 1904. *Gaz. hebd. des Sciences médicales de Bordeaux*, 16 octobre 1904.

Les Sociétés Savantes

Académie de médecine

La carie dentaire chez les enfants est un fléau social

(MM. Dechaume et Cauhépé. — Présentation par M. Lereboullet ; 12-5-1942)

La carie dentaire chez les enfants, disent MM. Dechaume et Cauhépé, est un fléau social par sa fréquence et par les troubles qu'elle provoque. Il ne suffit pas, pour prévenir les complications de cette affection, d'extraire les dents ; il est indispensable de mettre en œuvre une thérapeutique conservatrice. Il faut aussi concevoir une lutte coordonnée contre la carie dentaire, en particulier dans le cadre de l'hygiène médicale générale.

Tétanos généralisés guéris par la séro-anatoxithérapie

(MM. H. Bonnet et P. Froment. — Présentation par M. G. Ramon ; 12-5-1942)

MM. Bonnet et Froment rapportent cinq cas de tétanos généralisé guéri par la séro-anatoxithérapie (sérum et anatoxine).

On connaît la méthode séro-anatoxithérapique (dose unique et massive de sérum, suivie d'injections répétées d'anatoxine) qui a été préconisée par Ramon dans le traitement de la diphtérie. Appliquée à la thérapeutique de cas de tétanos grave, elle a donné à MM. Bonnet et Froment de très bons résultats. De nouveaux essais seront certes nécessaires pour fixer entièrement la technique. Une seconde injection de sérum, par exemple, pourra apparaître quelquefois indiquée : le clinicien restera juge de son opportunité.

— M. Ramon rappelle qu'un certain nombre d'observations de tétanos guéri par la séro-anatoxithérapie ont déjà été publiées. Il en est d'autres inédites.

Teneurs des goudrons en benzopyrène, carbure cancérigène

(M. André Kling et Mme M. Héros ; 19-5-1942)

M. Kling et Mme Héros ont recherché la teneur en benzopyrène des divers goudrons par une méthode particulière (variations d'opacité des bandes ultimes du spectre de fluorescence des solutions de ce benzopyrène). Ils ont vu que la teneur en benzopyrène des goudrons de basse température était très inférieure à celle des goudrons de haute température ; de même pour un bitume naturel utilisé pour le revêtement des routes et des brais de pétrole. En ayant recours à ces produits (goudrons de basse température, etc.), il serait donc possible de faire disparaître les dangers inhérents au goudronnage des routes « facteur étiologique possible du cancer primitif du poumon ».

De l'utilité des examens et des traitements urologiques dans certaines pyélonéphrites du nourrisson et de la première enfance

(M. C. Lepoutre, de Lille ; 19-5-1942)

Quand une pyurie d'apparence primitive ne cède pas à un traitement médical bien conduit, nous avons le devoir, après un délai raisonnable, remarque M. Lepoutre, de rechercher dans l'arbre urinaire la raison de cette persistance. Cette règle, déjà en application chez l'adulte, doit également être suivie chez le nourrisson et chez l'enfant. Le cathétérisme des uretères est possible chez l'enfant, quoique délicat.

M. Lepoutre présente ces réflexions à propos d'un cas de pyélonéphrite chez un nourrisson de huit mois. Les troubles (fièvre, douleurs en urinant), qui duraient depuis trois mois, cédèrent à la désinfection directe des bassinets obtenue à la suite de pyélographies rétrogrades.

L'alimentation des nourrissons par le lait concentré

(M. Lereboullet. — Rapport fait au nom de la Commission du lait ; 28-7-1942)

Le ministre de la Santé ayant demandé l'avis de l'Académie de médecine sur les diverses données du problème de l'alimentation des nourrissons par le lait concentré, l'Académie a renouvelé le vœu déjà émis par elle, où elle soulignait qu'il est impossible sans graves dangers de restreindre l'attribution de lait condensé aux enfants de moins d'un an, faite après certificat médical. Elle ajoutait que, tant que la distribution d'un lait pur, propre et sain, ne sera pas réalisée, il est désirable que le gouvernement, par tous les moyens dont il dispose, assure la distribution en quantité suffisante des laits condensés, en poudre ou stérilisés, à tous les nourrissons qui peuvent en avoir besoin.

L'Académie a précisé qu'au cas où les laits concentrés nécessaires feraient défaut, les laits secs, les laits stérilisés et les autres laits industriels sont, en l'absence de lait pur, propre et sain, seuls capables de remédier, chez les enfants de moins d'un an, à l'absence de lait concentré.

Académie de chirurgie

Restauration de l'uretère après section chirurgicale accidentelle

(M. G. Rouhier ; 18-3-1942)

La section de l'uretère est un accident parfois observé au cours des grandes opérations pelviennes : hystérectomie, pour cancer de l'utérus surtout, ablation de fibrome, de kystes du ligament large, etc. La tendance a été longtemps de considérer que la section de l'uretère aboutissait fatalement à la mort du rein, la suture étant suivie d'un rétrécissement urétéral progressif, d'une rétention avec dilatation du bassinet et atrophie du rein.

M. Rouhier estime que l'on doit en appeler de la condamnation du rein après suture de l'uretère. Dans un cas récent, il a pratiqué une restauration immédiate de l'uretère avec un résultat excellent, qui se maintient après sept mois.

Tétanos post-abortum traité par curetage et sérothérapie. Guérison

(MM. Lacroix et Cortial. — Rapport de M. A. Sicard ; 22-4-1942)

Les cas de guérison de tétanos post-abortum sont si rares qu'il est intéressant d'enregistrer l'observation de MM. Lacroix et Cortial. Elle concerne un tétanos *post-abortum* guéri à la suite d'un curetage associé à la sérothérapie. Il ne faudrait pas toutefois conclure que le curetage est le traitement qui, toujours, conviendra en pareille circonstance. Le côté thérapeutique de cette grave complication de l'avortement reste encore à l'étude.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Les scissures des cardiaques

(Ch. LAUBRY, J. LENÈGRE et Ch. BACH ; 27-3-1942)

Les plèvres interlobaires sont particulièrement sensibles, comme toute l'étendue pleurale, aux perturbations vaso-motrices et aux inflammations de toute espèce de l'appareil pulmonaire ; mais, dès qu'elles sont le moins du monde pathologiques, elles offrent l'avantage radiologique de se détacher en pleine clarté pulmonaire. Il est intéressant d'étudier et de surveiller, chez les cardiaques, ces opacités linéaires, rubanées, en bande, elliptiques, en raquette ou arrondies. Pareilles réactions scissurales, et particulièrement les épanchements interlobaires, ne représentent le plus souvent qu'un équivalent pleural du processus d'œdème pulmonaire si fréquent chez les cardiaques. D'autre part, il existe un parallélisme frappant entre ces opacités scissurales et le degré de l'insuffisance cardiaque; aussi représentent-elles pour le cardiologue un élément important d'appréciation de l'état de la petite circulation et de la valeur du myocarde.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 20-3-1942

A propos de l'ostéosynthèse dans certaines fractures ouvertes

M. P. RODIER rappelle certains avantages de la technique et de l'appareillage de Danis.

La radiothérapie dans les métastases vertébrales

M. C. ROEDERER, à l'appui des conclusions d'une récente communication, apporte une observation très détaillée et abondamment illustrée de clichés dans laquelle une métastase cancéreuse de la colonne vertébrale, survenue douze ans après l'amputation d'un sein cancéreux, fut jugulée par des séances intensives de radiothérapie. La malade connut sept années de tranquillité après lesquelles, brusquement, des métastases se montrèrent en différents points du squelette et conduisirent en six mois la malade à la mort.

Un cas d'iléus biliaire

M. CHUREAU (de Châtillon-sur-Seine) présente l'observation d'un cas de cette affection. Il concerne une malade de 59 ans chez laquelle il avait pensé, tout d'abord, à un kyste tordu de l'ovaire.

Rapports de la chirurgie et de la radiothérapie dans le traitement du cancer du sein

M. Marcel JOLY met en regard des statistiques de traitement purement chirurgical les statistiques d'association radio-chirurgicale, étrangères surtout, qui plaident nettement en faveur de cette dernière technique. Il s'appuie sur une statistique personnelle de plus de 300 cas pour préconiser, dans tous les cas de cancer du sein opérables, l'excision suivie d'une irradiation de 400 r. répétée tous les trois mois pendant deux ans. Il a obtenu ainsi 74 % de survie sans récidives après cinq ans. Il n'est partisan de l'irradiation avant l'opération que dans le but de rendre opérables certains cancers ayant dépassé le stade chirurgical.

La Presse

La vascularisation cornéenne, test clinique d'avitaminose B2

H. GOUNELLE, J. GERBEAUX et R. MANDE résument les constatations faites par les expérimentateurs et les cliniciens américains sur la vascularisation de la cornée, considérée par eux comme un signe d'ariboflavinose. Ces lésions rappellent les vascularisations décrites au cours de l'avitaminose A. Le rôle de la riboflavine comme ferment respiratoire permet de suggérer que le développement des vaisseaux est une réponse à l'asphyxie locale, l'opinion prévalant que la cornée respire physiologiquement à travers ses couches superficielles ; l'incapacité pour l'épithélium de respirer normalement, lorsque le pigment respiratoire fait défaut, semblerait conditionner le développement de la vascularisation. Il s'agirait ainsi d'une vascularisation cornéenne cryptogénétique, non conditionnée par une kératite.

Il était intéressant d'attirer l'attention sur l'existence et la signification de certaines vascularisations cornéennes et sur l'intérêt qu'il peut y avoir, au cours des examens systématiques des collectivités, de rechercher un tel signe d'avitaminose B2. D'après une enquête clinique effectuée en 1941 dans divers milieux de la région parisienne, cet indice n'a pas été relevé ; ceci paraît écarter dans l'ensemble les risques d'une avitaminose B2, malgré les conditions de nutrition de la population, actuellement si gravement déficientes en d'autres points. (*Paris médical*, 30 juin 1942).

Occlusion intestinale d'ordre dynamique pur par contracture

L'observation de L. MASSÉ confirme le rôle attribué au système nerveux dans l'occlusion intestinale. La malade, âgée de 60 ans, opérée quelques jours auparavant par gastro-pylorectomie pour ulcère du bulbe et stase duodénale, a succombé à une occlusion siégeant sur le grêle, mais dont la cause a échappé lors de l'examen nécroptique. Aucune lésion d'ordre mécanique ou inflammatoire n'ayant été constatée, il a semblé légitime d'admettre une occlusion dynamique spasmodique. On sait qu'en pareil cas, le traitement chirurgical est inefficace. La dérivation des matières reste sans effet, aussi bien qu'il s'agisse de phénomènes d'inhibition ou de contracture. Seule, une thérapeutique s'adressant à la cause nerveuse pourra être utile : rachianesthésie, actions sur le vague, sur la chaîne sympathique, sur les splanchniques. (*Bordeaux chirurgical*, tome I, janvier 1942).

Sur le relâchement douloureux des symphyses pendant la gestation

Le professeur agrégé LACOMME et G. JAMAIN ont recueilli des observations prouvant que ce syndrome est très souvent guéri, ou au moins très amélioré par l'infiltration articulaire ou péri-articulaire de novocaïne ; il s'agit là d'une guérison non seulement des douleurs antérieures (pubiennes et sacro-iliaques), mais aussi des douleurs postérieures. L'amélioration est bien des fois plus importante ou la guérison plus complète le lendemain ou le surlendemain qu'aussitôt après l'infiltration ; le résultat est habituellement durable, même souvent définitif. A noter, point qu'il faudra éclaircir, que ce syndrome douloureux articulaire ou polyarticulaire, peut aussi comprendre d'autres douleurs : vésicales, fessières, abdomino-pariétales, voire utérines, qui parfois dominent le tableau clinique et entraînent le diagnostic bien loin du syndrome articulaire. (*Le Bulletin médical*, 15 juillet 1942)

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

DE L'ORGANISATION DE LA PROFESSSION MÉDICALE. LE RELATIVISME QUI S'IMPOSE

S'il existe à notre époque une profession qui exige le respect de la relativité des connaissances nécessaires à acquérir pour l'exercer, c'est indiscutablement la profession médicale.

La clinique met en garde à tous moments le médecin contre les opinions absolues. Si elle admet quelques lois, elle démontre que les exceptions sont parfois plus nombreuses que les faits qui se plient à la règle. L'enseignement de la médecine, comme du reste celui de toutes les sciences biologiques, est l'ennemi des règles trop étroites et partant des systèmes.

D'où vient qu'avec cette formation scientifique, les médecins dans la plupart des cas se montrent intransigeants dans l'organisation de leur profession. Les uns réclament la liberté absolue, une sorte d'anarchie ennemie de toute contrainte. Les autres, hostiles à tout effort, s'accommoderaient d'une fonctionnarisation dans laquelle ils se laisseraient médiocrement vivre, sans initiative, sans responsabilité.

Certains rêvent d'un vague système où la corporation serait substituée à l'Etat ou aux collectivités. Un nombre notable sont indifférents et se laissent aller à la politique passive du chien crevé dont la charogne flotte sur l'eau, entraînée par le courant.

C'est que les médecins, dans un égoïsme, souvent inconscient, n'envisagent qu'une des données du problème, celle de leurs intérêts étroitement personnels et ne voient pas suffisamment l'intérêt de leurs malades et celui de la Société dont ils doivent avoir la charge. Ces intérêts multiples qui doivent harmonieusement s'adapter, nous montrent qu'à l'heure actuelle, on ne peut rien construire de définitif et qu'on est obligé d'attendre pour organiser la profession médicale que l'Etat soit pourvu d'une constitution stable.

Néanmoins pour répondre aux besoins pressants, on peut tenter quelque chose, tout en se rendant compte que ce n'est qu'une ébauche provisoire, imparfaite et précaire.

Les Conseils supérieur et départementaux de l'Ordre, aidés par des Commissions de praticiens compétents et judicieusement choisis, (pour la composition de ces organismes, l'élection serait préférable) devraient légiférer et réglementer dans le cadre général et les cadres locaux les obligations de la profession.

Nous verrions volontiers le Conseil supérieur donner des directives que les Conseils départementaux s'efforceraient d'adapter à leurs milieux. On éviterait de cette façon une réglementation trop rigide et on tiendrait compte par un système souple et facilement modifiable de la relativité des éléments auxquels doit répondre l'organisation de la médecine, éléments instables et en évolution continuelle.

On éviterait ainsi le bouleversement complet de cette organisation que pourrait causer un changement dans l'économie générale ou dans la technique professionnelle.

Le téléphone et l'automobilisme ont profondément modifié la pratique médicale. Qui sait si une nouvelle invention qu'on ne peut prévoir, ne viendra pas, avant peu, transformer la vie du praticien ?

L'antisepsie, l'anesthésie, la radiologie, le transport facile des malades, les progrès de la chirurgie, les laboratoires biologiques ont rendu indispensables la création de nouveaux hôpitaux et de cliniques. On ne conçoit pas aujourd'hui que la plus petite opération, pouvant entraîner quelques risques, soit faite à domicile.

Dans les villes, même l'accouchement qui ne saurai être considéré comme un événement pathologique, a lieu de plus en plus dans les maternités ou des cliniques.

Avec les découvertes de plus en plus étendues de la pathogénie et des causes des maladies, surtout des maladies transmissibles, avec les vaccins, les sérums, les rayons, les ondes, les médicaments spécifiques, la pratique médicale se modifiera, que disons-nous ! se modifie tous les jours. Pour répondre à tous ces besoins, pour opérer les investigations qui permettent d'asseoir le diagnostic sur des bases solides et d'instituer des traitements efficaces, il faudra des laboratoires, des instituts à la disposition des praticiens et ce sera la tâche de l'Ordre de faciliter la création et de réglementer ces divers organismes.

Là ne se bornera pas ses fonctions. Il faudra qu'il s'occupe de la prophylaxie, de la surveillance de l'enfance et de la jeunesse, à partir de la première enfance jusqu'au service, en passant par l'école. L'éducation physique sera un de ses soucis.

L'alimentation devra le préoccuper et mettre l'Ordre des médecins en relations constantes avec les pharmaciens, les chimistes et surtout les vétérinaires.

Ce ne sera pas tout. Nous avons dit que l'organisation de la pratique médicale devra être souple pour s'adapter facilement à tous les besoins des populations. Elle diffèrera dans les villes et dans les campagnes, dans les pays de plaine et de montagne, dans les régions agricoles, dans les régions minières et industrielles et dans les régions maritimes.

La tâche d'organisation de l'Ordre des médecins est immense et les matières auxquelles elle doit répondre sont en évolution constante. C'est pourquoi nous envisageons une réglementation souple, locale, aussi peu uniforme que possible qui tienne largement compte de la relativité des conditions dans lesquelles devra exercer le médecin.

J. Noir.

L'ORGANISATION CORPORATIVE DE LA PRÉVOYANCE

Le nº 3 du *Bulletin* de l'Ordre a publié l'avant-projet de loi rédigé par le Conseil supérieur sur la retraite du médecin. A la vérité, ce texte n'apporte pas grande nouveauté ; il pose un principe sur lequel l'accord est fait, mais ne donne aucune précision sur les chiffres ou les règles autour desquels les controverses se sont élevées. Diverses déclarations à la presse, ainsi qu'un long article dans le dernier *Bulletin*, sont venues combler cette lacune, mais à vrai dire, elles n'engagent que le Conseil supérieur. Les études se poursuivent sans doute au sein des départements ministériels intéressés et c'est en définitive des règlements d'administration publique qu'ils élaborent que surgira peu à peu la figure réelle de l'institution qu'on nous promet. Puisque nous sommes encore en pleine genèse, il nous a paru opportun d'analyser ici les principes d'une « organisation corporative de la prévoyance » tels que les a décrits, dans un récent ouvrage (1), M. Albert Lemonnier, membre de l'Institut des actuaires français. La parfaite concordance entre les idées de M. Lemonnier et celles que nous avons déjà exposées à maintes reprises, sur le cas particulier de la corporation médicale, nous permet de penser que nous sommes sur la bonne voie.

***

Par une heureuse rencontre, M. Lemonnier n'est point seulement actuaire, il est aussi philosophe, et c'est sous cet angle essentiellement qu'il envisage le problème de la réforme de l'assurance. Rappelant le passage successif de l'aumône à l'assistance, puis à l'assurance, il constate et regrette la dégradation progressive de l'aspect moral de ces formes de solidarité sociale. Car l'assurance ne doit pas être seulement une technique, elle doit « respecter et distinguer la qualité morale des activités personnelles ». Il faut à ce grand corps le supplément d'âme dont a parlé Bergson, et cette âme, la corporation peut la lui donner.

Nous aimons assez ce rôle reconnu ainsi par un actuaire aux corporations, en un moment où la médecine se préoccupe justement de l'assurance de ses membres et paraît plus soucieuse de créer un nouvel organe technique que d'introduire cet élément humain que l'esprit corporatif permettrait de faire naître.

Mais avant d'exposer le mécanisme de l'organisation corporative de l'assurance, l'auteur rappelle quelques principes de base. Avant tout, l'assurance apparaît comme un « *effort d'épargne* ». Cet effort doit être soigneusement distingué de l' « *effort d'assistance* ». Alors que ce dernier se propose de remédier chez autrui à ce que Péguy appelle « la souffrance perdue », l'effort d'épargne a pour fin, chez celui qui l'accomplit, l'amélioration de son sort et celui de sa famille. Cette essentielle différence de nature n'est point inutile à poser, alors que l'on tend un peu partout, et dans le domaine médical en particulier, à confondre assurance et assistance sous le vague nom de « solidarité », alors que l'assistance devient un droit automatique à l'encontre d'impersonnelle collectivité.

Cette distinction faite, l'épargne, donc l'*assurance* apparaît comme individuelle donc *libre*, l'*assistance collective* comme *obligatoire*. Par ailleurs techniquement l'épargne permet la *capitalisation*, elle s'applique donc au premier chef à l'*assurance-retraite*. L'*assistance* suppose la *répartition*, et la proposition peut, au reste, se retourner.

A propos de l'assurance, deux questions méritent d'être étudiées de plus près. Nous avons dit que l'épargne suppose la capitalisation, donc des placements à long terme. Il est indispensable d'en *garantir* les résultats à l'épargnant. En second lieu, l'effort d'épargne étant personnel doit, en principe, être *libre*. Il nous faut rechercher quelles limites accorder à la *notion d'obligation* en cette matière.

***

La garantie de l'épargne est trouvée par l'auteur dans l'institution d'un *minimum de sécurité*, c'est-à-dire d'une retraite de base égale pour tous, dont le montant pourrait être prélevé sur les ressources annuelles sans constituer une charge insupportable. Ce minimum ne serait accordé que *sur demande*, après *examen des autres ressources* en espèces ou en nature, lesdites ressources venant en *déduction* du minimum individuel et contribuant à augmenter le minimum général.

A chaque dévaluation, les réserves seraient d'autre part réajustées au nouveau coût de la vie. La moins-value qui apparaîtrait serait comblée par une imposition générale c'est-à-dire par l'*assistance*. C'est par là que s'allient heureusement capitalisation et répartition. Mais la première reste la règle et la seconde l'accident (qu'il faut hélas prévoir fréquent).

De cette idée de « minimum garanti », la loi du 14 mars 1941 sur la retraite des vieux travailleurs paraît entièrement inspirée. Aussi est-elle fondée sur la répartition et fait-elle une large place à la notion d'assistance. Rappelons en particulier que les art. 5 et 6 prévoient l'imputation sur la retraite des ressources personnelles de toute origine du travailleur qui y prétend. Soucieux seulement de ne point donner à son allocation un caractère totalement gratuit, elle exigeait primitivement que le bénéficiaire cesse de se livrer à tout travail salarié ou assimilé. Le ministère du Travail s'est aperçu, il y a peu de temps qu'une telle condition était un non-sens économique et social en période de pénurie et y a partiellement renoncé.

En ce qui concerne la *retraite du médecin*, ces conceptions de bon sens commencent, quoiqu'avec peine et lenteur. à faire leur chemin. D'après les déclarations du Conseil supérieur, l'*allocation*-retraite constituée pour l'instant par *répartition*, ne représenterait qu'un simple *minimum* garanti (on parle en effet de 10.000 francs). On commence semble-t-il à concevoir que cette allocation est un aspect de l'assistance corporative et l'on se propose de l'*adapter aux ressources* de chacun. Pour l'instant, le projet comporterait trois classes (comme les chemins de fer !) La 1re ne toucherait rien, la 2e ne toucherait qu'en acheta partiellement la retraite par le versement d'un certain capital, la 3e ne verserait rien. Espérons que cette division simpliste, et ce mélange de répartition et de capitalisation disparaîtront des règlements définitifs et qu'on tiendra compte de la situation personnelle de chacun. Il est encore question (toujours par ce que la notion d'assistance n'a pas encore été définitivement reconnue) d'exiger la *cessation d'exercice*. Cette survivance d'une période d'abondance au cours de laquelle le projet a pris cours ne se justifie plus aujourd'hui. L'apport que représente l'activité d'un vieux médecin n'est à dédaigner ni pour lui-même ni pour la société, et l'on ne voit pas pourquoi le condamner au simple minimum garanti qui a tout juste un caractère alimentaire.

***

L'obligation et l'épargne sont deux notions qui

(1) Letouzey et Ané, éditeurs.

font mauvais ménage, avons-nous dit. Sommes-nous donc contre le versement obligatoire pour la retraite du médecin ? En aucune manière, dans la mesure où il s'agit d'une allocation minima versée à ceux qui en ont besoin. C'est au premier chef de l'assistance collective, et nous avons vu qu'elle ne peut se passer de l'obligation.

Mais est-il opportun d'*imposer un effort d'épargne* ? A cette question, M. Lemonnier répond en principe par la négative avec de forts bons arguments. Remarquons dès l'abord qu'en France, l'esprit d'épargne est général, l'imprévoyance une anomalie. Si l'assurance par capitalisation rencontre tant de méfiance, c'est avant tout parce que la notion de garantie et de sécurité contre les fluctuations monétaires en a paru trop souvent absente.

En dehors de cet aspect contingent et d'un point de vue plus élevé quels sont les inconvénients de l'obligation ? L'effort d'épargne ne peut résulter que de l'*appréciation personnelle* de chacun, sans qu'il soit possible de lui substituer une appréciation légale ou corporative. Egalement personnelle doit rester la disposition de l'épargne. L'un préfère donner une meilleure éducation à ses enfants, en qui il place son avenir. Tel autre préfère acquérir un immeuble ou mieux encore une propriété foncière. C'est peut-être là, en nos temps surtout, que réside la plus sûre forme de l'épargne, en même temps que la plus utile à l'Etat.

En second lieu, les produits de l'épargne doivent être répartis suivant les besoins de chacun. Une obligation légale ou corporative ne peut que poser une *égalité abstraite* ; elle aboutit donc à une *inégalité réelle*, « elle substitue à l'homme réel une entité qui est l'individu ». Enfin, elle détruit le sens de l'effort et de l'initiative et garantit la permanence du défaut d'imprévoyance auquel elle prétend porter remède.

Dans tous les cas où cette imprévoyance est par trop grave et par trop avérée, l'obligation peut s'imposer à *titre exceptionnel et temporaire*. Encore faut-il préparer dès que possible le retour à la liberté, par l'*éducation* de l'épargnant, et c'est là que la corporation peut jouer un grand rôle.

Il semble que pour l'heure, l'effort d'assistance accompli, l'obligation d'épargne ne s'impose pas dans le domaine médical, et le Conseil supérieur paraît l'avoir compris, qui a abandonné provisoirement les lourdes cotisations primitivement prévues en remettant à plus tard la part-capitalisation. Si l'on vient en d'autres temps à la capitalisation forcée, que l'on n'oublie pas les dangers de l'égalité abstraite et que l'on s'efforce de serrer de près possibilités et besoins. Il est à cet égard une solution simple : *proportionner l'épargne au revenu*, en prenant pour base la déclaration fiscale ; des projets de réforme actuellement en cours permettraient d'en établir et d'en contrôler corporativement la sincérité en écartant les insupportables tracasseries du fisc. Mais il est inutile de dire que nous préférons à l'obligation, l'organisation corporative de l'assurance, telle que la conçoit M. Lemonnier.

***

L'organisation de l'épargne comme de l'assistance exige, nous l'avons vu, une appréciation des ressources et des besoins de chacun, un *contact réel*, une connaissance personnelle et humaine de l'assuré comme de l'assisté. C'est là un rôle qu'aucun organisme central, donc impersonnel, ne peut espérer jouer. Seule la *décentralisation* permet une telle action. A qui faut-il en confier le soin, sinon aux groupements humains naturels, tels que la *région* et la *profession*, et dans ce cadre, corporatif et local, à une élite de personnes vivant de la vie commune, dévouées à cette communauté, investies de la confiance, et mûes seulement par « une mystique généreuse d'honneur et d'équité ».

Le rôle ainsi assumé ne consisterait pas à imposer la prévoyance, mais à *éduquer* l'esprit des épargnants. à les *conseiller* dans le placement de leur épargne. Certes, il ne saurait être question d'exiger d'eux une compétence professionnelle en matière d'assurance ; il leur faudrait au contraire s'entourer de techniciens de leur choix, mais « la loi morale aurait le pas sur la technique ».

Ainsi dirigé, le groupement aurait pour mission d'encaisser les cotisations d'assurances, les impôts d'assistance, de payer les indemnités, les allocations. Il interviendrait dans le placement des fonds, règlerait l'emploi des excédents, la répartition des ristournes, la constitution des réserves et des fonds de garantie. Il s'efforcerait d'associer chaque membre à la gestion et de développer en lui le sens des responsabilités.

Ceci posé, il est incontestable qu'un groupement local ne peut supporter l'appareil technique qu'exige l'assurance et la capitalisation. Il est non moins incontestable que le bon fonctionnement de l'assurance appelle des groupes étendus. Il faut donc prévoir un *organisme central* gérant les opérations d'*assistance et d'épargne*. Cet organisme tiendrait la comptabilité générale, il répartirait les frais, jouerait en matière de trésorerie, un rôle coordinateur et donnerait un avis techniquement étudié en matière de placements. Mais les groupes conserveraient *le choix et la responsabilité des placements* et pourraient en particulier investir leurs fonds en *moyens de production* (1). Les membres du groupe bénéficieraient ainsi de leur effort à la fois comme producteurs et comme épargnants. Enfin, l'organisme central pourrait procéder à des études statistiques ou techniques tendant à améliorer la gestion de l'assurance. « Mais en aucun cas, l'organisation centrale ne trancherait une question morale ».

***

« L'appareil législatif d'une telle organisation serait très réduit ». Un peu moins toutefois que l'avant-projet qu'on nous présente. A la Caisse autonome qu'il se borne à créer, il faudrait adjoindre l'énoncé des principes fondamentaux que nous avons dégagés en matière d'assurance et d'assistance, et le rôle des groupements sociaux décentralisés.

En particulier, la loi prévoierait l'institution de l'allocation minima garantie, proportionnée aux besoins de chacun, fondée sur une contribution obligatoire corporative. Les Associations départementales de l'A. G. assumeraient en cette matière, leur rôle normal de conseil en matière d'assistance et établiraient mieux que tout autre ces contacts humains que nous souhaitons. En matière d'épargne, la loi organiserait localement la prévoyance corporative en associant aux représentants des Conseils départementaux les dirigeants ou correspondants des œuvres médicales déjà existantes, préfigurations de cette élite dont nous parlions. Par le canal des œuvres et groupes locaux, la Caisse autonome, simple instrument technique jouerait le rôle de l'organisme central que nous avons décrit.

Ainsi serait créée, non pas « une abstraction légale régentée par des bureaux », mais une institution vivante, équilibrée, harmonieuse, riche à la fois de tout le passé et de tout l'avenir de la communauté médicale.

Jean MIGNON.

(1) Il est à noter que le Conseil supérieur semble s'orienter vers des conceptions de cet ordre en prévoyant l'affectation des réserves de la C. A. P. R. E. M. à l'édification de centres corporatifs de diagnostic et de soins. Mais les Conseils départementaux seraient mieux placés que la Caisse pour opérer ces investissements.

LA DISPARITION TOTALE DE TOUTE « DICHOTOMIE » EN SEINE-ET-MARNE

par le Docteur Fernand DECOURT

Le 7 juin dernier, avait lieu à Paris, 60 boulevard de Latour Maubourg, au siège de *l'Association générale des médecins de France* » une réunion amicale des médecins de Seine-et-Marne. Il s'agissait de la fusion en un seul groupement des trois associations régionales, filiales de l'Association générale, existant dans ce département.

Or, ce jour-là, après les divers votes concernant la fusion, puis les statuts, puis la nomination du Conseil d'administration, on en vint aux « Questions diverses » parmi lesquelles celle de la dichotomie fut mise sur le tapis. A ma grande satisfaction j'entendis déclarer que ce *modus agendi* répréhensible — réprouvé depuis longtemps par la Confédération des syndicats et dernièrement interdit par l'Ordre des médecins — avait totalement disparu du département. Désormais, en cas d'intervention chirurgicale, n'y fonctionnait plus que le *système de la note séparée*, ce que la clientèle avait accepté allégrement.

Présidant cette séance, je ne m'étais nullement opposé à l'examen de cette question bien qu'elle ne fut pas du ressort de l'Association départementale, mais uniquement de celui de l'Ordre des médecins de Seine-et-Marne — dont le Président d'ailleurs siégeait à ma droite. C'est que, en l'absence d'assemblée générale des confrères comme aux temps « syndicaux », si je puis dire, il était bon qu'à l'occasion les médecins du département puissent parler ensemble de leurs affaires professionnelles.

Je me promis donc aussitôt de donner cet « exemple » dans le *Concours*, surtout en ce qui concerne l'absence de toute récrimination ou incident de la part de la clientèle..... Mais je voulus auparavant des *précisions* de la part de chirurgiens du département et c'est le résultat de ma petite enquête que je viens exposer aujourd'hui.

* * *

J'envoyai donc une sorte de « Circulaire » aux chirurgiens du département que je connaissais plus particulièrement et je puis, dès maintenant, dire que tous (sauf une exception sur laquelle je reviendrai plus loin) sont unanimes pour déclarer exactes les assertions rapportées lors de la réunion amicale du 7 juin.

Je me permettrai de transcrire tout d'abord la lettre même du Docteur PHILARDEAU, chirurgien à Fontainebleau, car elle résume les faits aussi brièvement que clairement.

Fontainebleau, le 15 juin 1942

Mon cher confrère,

Nous avons réalisé, dans notre région, les notes séparées mais remises en commun. Une opération chirurgicale peut comporter des honoraires multiples : ceux du chirurgien, de ses aides, du médecin traitant et des frais divers d'analyses, de rayons X, etc.

Il est normal que le client soit tenu au courant du détail de toutes ces interventions. Toutes les notes sont mises dans une enveloppe sur laquelle le total est inscrit. Chacune comporte un reçu séparé et les honoraires sont remis aux intéressés sans l'intermédiaire du chirurgien.

Nos clients ne sont aucunement étonnés de cette manière de faire. Ce qui les intéresse, c'est que le total inscrit sur les enveloppes ne soit pas trop élevé, et que les notes respectives qu'elles contiennent soient équitables.

Pour y parvenir judicieusement, le mieux est une bonne entente entre le chirurgien et le médecin traitant.

La note commune peut avoir pour corollaire le reçu commun et le règlement des honoraires du médecin par l'intermédiaire du chirurgien.

Ceci offre de graves inconvénients au point de vue fiscal et n'est pas admis par le Conseil de l'Ordre.

La note séparée ne peut avoir d'obstacle qui si les prétentions d'un chirurgien ou d'un médecin sont exagérées et impossibles à faire admettre par le client.

Dans notre région, il n'en a jamais été ainsi, aussi avais-je déjà préconisé dans une réunion syndicale déjà lointaine et présidée par vous, les reçus séparés.

Bref, la dichotomie a vécu et la clientèle accepte volontiers les notes séparées, sous les réserves que nous venons d'énoncer.

Veuillez agréer, etc..... Dr PHILARDEAU.

Le Docteur BERSON, chirurgien à Coulommiers confirme, dans la sienne, la lettre précédente. Il m'envoie même deux modèles d'imprimés fort intéressants. Dans le premier sont marqués (en blanc, il n'y a plus qu'à remplir) les *détails de la « Note des honoraires et frais de maison de santé dûs par M..... pour une opération pratiquée le.....* » et dans laquelle sont indiqués, bien à part, les honoraires des aides — et par suite ceux du médecin traitant. Dans le second imprimé, sous l'en-tête « *Maison de santé chirurgicale* » est spécifié :

« *Les honoraires dus à M. le Docteur..... pour assistance à l'intervention chirurgicale subie le..... par M..... — Anesthésie et frais de déplacement, s'élèvent à la somme de.....* »

Et, en bas de la page, on lit en note :

« *Cette somme peut être remise à l'administration de la clinique qui la transmettra à l'intéressé. Elle peut également être adressée directement à ce dernier* ».

Reçu également une réponse semblable du Docteur HARTGLAS, de Meaux, qui m'envoie aussi deux modèles imprimés analogues à ceux du Docteur Berson mais dont j'aime mieux la formule en ce qui concerne le médecin traitant : «..... pour son assistance à l'opération de M...... le..... et à ses frais de déplacement ». (Personnellement, à ce sujet, je préfèrerais comme formule : «..... pour sa collaboration au sujet de la décision à prendre au sujet de l'intervention ainsi que son assistance à l'opération »).

Le Docteur BARTHES, chirurgien à Lagny, agit de même. De plus, il constate : « Jamais, depuis que je procède ainsi, je n'ai eu de difficultés ni même de remarques. Habituellement, dès son entrée à la clinique, le malade ou sa famille ont été prévenus du montant approximatif des frais exposés ; les notes remises ne font que les préciser. »

Reçue enfin une réponse, non plus cette fois d'un chirurgien, mais du Docteur PUIG, le Président de l'Ordre départemental des médecins — qui fut mon successeur direct à la présidence du syndicat quand je me retirai, il y a quelques années « pour laisser la place aux jeunes ». Or, le Président de l'Ordre n'a fait, lui aussi, que confirmer ce que nous venons de voir. Il s'en réjouit d'ailleurs et en félicite hautement ses confrères du département, au sujet desquels il ajoute : « ..... Pas une plainte de caisse, d'assistance médicale gratuite, ou autre, depuis deux ans..... »

J'ai fait plus haut quelques restrictions au sujet de l'un des chirurgiens consultés. Non pas qu'il agisse autrement que ses confrères que je viens de citer puisqu'il m'écrit : « Le malade reçoit les notes établies séparément pour les diverses spécialités — a sortie de la clinique. S'il paie, les honoraires sont

remis personnellement à chaque médecin par le service de la comptabilité. S'il ne paie pas, chaque médecin ou spécialiste s'occupera personnellement de ses recouvrements pour les sommes non encaissées..... » Tout cela est normal. Ce n'est évidemment pas le chirurgien qui pourra poursuivre à la place du médecin traitant ou du radiographe ou du bactériologue ou chimiste, le malade récalcitrant.

Mais ce que j'appelle des « restrictions », c'est que mon confrère ajoute : « Votre enquête pourrait s'étaler davantage..... » et il fait allusion aux chirurgiens des départements voisins venant parfois opérer en Seine-et-Marne et, en particulier (dans le Nord du département) à ceux qui viennent de Paris. Il y a, parmi eux, des façons de faire différentes : soit ! mais, en somme, ce ne sont là que des exceptions qui justifient la règle. Je n'ai voulu parler ici que des chirurgiens de Seine-et-Marne.....

A PROPOS DE LA RÉFORME DE L'ORDRE

A la suite des articles que nous avons consacrés à cette question dans notre numéro du 1er aout dernier nous avons reçu les deux intéressantes lettres suivantes :

I. Pour la séparation des pouvoirs

Nous avons lu, avec intérêt, dans un récent numéro du *Concours*, l'article d'une « personnalité particulièrement qualifiée ». Votre collaborateur, Mignon, y a répondu quelques pages, autrement riches de substance, auxquelles va notre entière approbation.

Permettez à un praticien de reprendre les raisons de la « personnalité qualifiée » et d'y opposer des opinions qui sont celles d'un grand nombre de confrères.

Il est en effet bruit, depuis quelque temps et particulièrement après la déclaration du ministre de la Santé publique, d'une refonte de l'Ordre, refonte qu'appelle la quasi-unanimité du Corps médical.

Le discours du Docteur Grasset a donné à connaître l'essentiel de la réforme : séparation des pouvoirs dans l'Ordre maintenu.

Il nous étonne, à ce propos, d'entendre parler de la restauration des Syndicats : qui peut le préciser ? S'il est bien vrai qu'il ne peut, dans le temps présent être rien bâti de définitif, il n'en paraît pas moins que la forme actuelle de notre système, dit corporatif, répond à une conception d'autorité. Mais d'autre part, et suivant les déclarations d'H. Lagardelle, le syndicalisme, encore vivant, n'est pas exclu des plans de la cité future ; où serait donc le mal, si la profession médicale y était réintégrée ? Il se conçoit, au surplus, aisément, dans une formule d'autorité.

Pas de présomptions sans fondement, et gardons-nous bien des querelles de mots.

Ceci posé, nous allons donc vers une rénovation de l'Ordre, lequel doit comprendre, sous ce seul vocable des Conseils départementaux administratifs, élus, des Conseils régionaux, disciplinaires, nommés sur proposition des premiers. Voilà ce que nous croyons savoir.

Il est vain de discuter unité, unicité, dualité : il s'agit de l'Ordre, de sections dans l'Ordre, et c'est tout.

Pour ce qui est de l'Ordre actuel, est-il, à l'instar du charbonnier, maître chez lui — voire. Il faut ignorer ou feindre d'ignorer les événements de ces deux dernières années pour soutenir qu'il ne s'est point excercé sur lui des influences de doctrines, de personnes même, et qu'il fut libre de ses décisions.

Qu'il fasse réellement la police de la profession, nous en convenons avec peine : qu'il défende nos intérêts corporatifs, nous le nions. Investi, privé et réinvesti d'une telle prérogative, il ne défend en fait rien : jamais le médecin ne s'est senti aussi isolé, sans protection que maintenant. La défense des intérêts d'une collectivité n'est pas seulement besogne d'opposition à des mesures qui lui paraissent contraires — et où est même cette action-là ? C'est aussi, prévision et construction. Où sont les prévisions, où l'édifice ?

Que tel Conseil départemental exerce, au dire de ses membres, le pouvoir administratif et judiciaire d'une manière « simple, rapide, efficace », nous le voulons bien croire ; il n'en est point de même partout.

Il ne nous paraît pas que la modification annoncée doive entraîner tant de difficultés au maniement du glaive : le Conseil administratif après avoir constaté les actes répréhensibles — et il sera plus qualifié que quiconque pour le faire, les déférera au Conseil disciplinaire, ainsi que les défèrent en ce moment les Conseils de l'Ordre existant.

Et qu'il siège au Conseil régional, un magistrat consultant — ce qui éviterait bien des faux-pas — ou même un Commissaire du gouvernement, cela importera peu, si les jugements sont rendus par des médecins, issus du Conseil administratif ou proposés par lui. Une telle origine garantira la sûreté et la permanence de leur doctrine : nul ne pourra exploiter le disciplinaire contre l'administratif.

De l'entente étroite de ces deux organismes, de leur collaboration féconde, beaucoup plus vraisemblable que leur désaccord, naîtra une réelle puissance, beaucoup plus grande que celle que l'on fait espérer de la prétendue unité actuelle de front. Il n'y a pas d'unité de front, mais le Corps médical et, au-dessus de lui, un commandement : là est la dualité.

Les reproches que l'on fait à l'Ordre vont bien au-delà de la reconduction indéfinie des élections, de nominations malencontreuses, ou de caprices du sort : ce sont là mesquineries, ces reproches expriment, contrairement à l'opinion de notre auteur, la déception et l'insatisfaction du Corps médical, non point dans le détail, mais en tout ce qui touche la vie même de la profession.

Et ce ne sont point des solutions parcellaires qui s'imposent, mais un renouvellement.

Le Ministre le sait bien : il a de plus compris que, dans la période d'oscillations que nous vivons, s'il faut aller délibérément de l'avant, il faut aussi puiser dans les enseignements du passé.

Dr E. Lefrancois.

II. Pour une justice de paix en médecine

L'échelon régional paraît des plus souhaitables pour un Tribunal corporatif. Les Ordres départementaux seront ainsi libérés d'occupations souvent absorbantes ainsi que de certaines suspicions ou rancœurs, et les décisions ne pourront que gagner en indépendance.

Cependant, il semble qu'il reste place, avant cet organisme régional et surtout en ce moment de déplacements difficiles, pour une sorte de juridiction primaire située plus près du praticien qui fasse immédiatement les observations nécessaires et tranche les petits différends, quitte à aller ensuite en recours devant le Tribunal régional.

A cette juridiction simple, réalisée à l'échelon du département ou même de l'arrondissement, et composée d'un ou plusieurs anciens praticiens agrégés dans ce but à l'Ordre départemental (avec voix consultative par exemple), et qui agiraient soit seuls, en juges uniques, soit en siégeant à plusieurs, suivant la demande des parties ou la difficulté des causes, pourrait être également confiée la première instruction des affaires à porter devant le Tribunal régional.

Docteur Woimant.

A TRAVERS L'OFFICIEL (Suite)

3° Médecins auxquels la nationalité française a été retirée

Dr Ghinsberg (Haïm), Voulx (Seine-et-Marne); Dr Goldstein (Meer), ant. à Meaux (Seine-et-Marne) ; Dr Glanz (Georges), à Paris ; Dr Guez (Jacques), à Tunis ; Dr Austermeil (Charles), ant. à Athis-Mons (S.-et-O.), act. à Villard-de-Lans (Isère) ; Dr Tiferman (Elcie), femme Portal, ant. à La Seyne sur-Mer (Var), act. à Mens (Isère) ; Dr Abramovici (Aurel), ant. à Vitry (Seine), act. à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; Dr Brawerman (Moïse), à Paris ; Dr Feinstein (Daniel), à Saulzois-le-Potier (Cher) et à Paris ; Dr Jacob (Avram), à Paris ; Dr Rauchbach (Arthur-Léon), à Puteaux (Seine) ; Dr Wertheimer (Alfred), à Marseille ; Dr Bronstein (Elie), ant. à Paris, act. à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne) ; Dr Boer (Jean-Basile), à Thorigny (Seine-et-Marne) ; Dr Waynberger (Abram), ant. à Paris, act. à Nice ; Dr Koblet (Paul-Edouard), à Marseille ; Dr Schor (Joseph), ant. à Paris ; Dr Intner (Leo), à Saint-Sauflieu (Somme) ; Dr Conu (Frieda-Fredegonde), ant. à Paris ; Dr Wajsbort (Sina), à Alzonne (Aude). (*Décrets du* 3 *aout* 1942).

Dr Bellaiche (Raoul-Benjamin), à Tunis. (*Décret du* 20 *aout* 1942).

Dr Benveniste (Moïse), à Murat (Cantal) ; Docteur Fraitag (Josub), à Pau ; Drs Weissman (Samuel-Léon) et son épouse, née Rosenbaum (Jochewed), ant. à Paris, act. sans domicile connu ; Dr Zilberman (Gdalja), ant. à Neufmoutiers-en-Brie (Seine-et-Marne), act. à Caluire-et-Cuire (Rhône) ; Levitine (Grégoire), étudiant en médecine, ant. à Paris, act. à Salies-du-Salat (Haute-Garonne) ; Dr Danielevici (Aurelian), ant. à Paris, act. sans domicile connu ; Dr Falk (Félix), à Lyon ; Dr Margulies (Philippe), à Saint-Julien-de-Vouvantes (Loire-Inférieure) ; Dr Puszet (David), à Beja (Tunisie) ; Dr Tchatzkine (Moïse), à Paris ; Dr Zissman (Benjamin-Avram), au Caylar (Hérault) ; Seibel (Beno), étudiant en médecine à Paris. (*Décret du* 26 *aout* 1942).

Loyers

Loi n° 722 *du* 28 *juillet* 1942 *relative aux baux à loyers d'immeubles détruits par suite d'actes de guerre.*

Cette loi permet de reporter les baux à loyer sur l'immeuble réparé ou reconstruit, même, s'il s'agit de locaux d'habitation ou à usage professionnel, sur un autre terrain, en remplacement de l'immeuble détruit en totalité ou en partie par suite d'actes de guerre. Le prix peut en être revisé si la réparation ou la reconstruction a eu l'effet de modifier l'importance, la disposition ou la situation de l'immeuble.

Le propriétaire doit signifier aux intéressés son intention de réparer ou de reconstruire. Dans les trois mois suivant cette notification, les locataires doivent, à peine de forclusion, faire connaître leur intention d'occuper un local dans l'immeuble réparé ou reconstruit.

La durée de la période en cours des baux reportés sera prolongée d'une durée égale au temps écoulé entre la date du sinistre et celle de la réception des travaux.

Les dispositions de cette loi sont d'ordre public.

(*J. O.*, 21 août 1942.)

Médecine administrative

Décret n° 2493 *du* 17 *aout* 1942 *relatif à la rémunération du personnel du service de la main-d'œuvre française en Allemagne.*

Ce décret fixe notamment à 1.000 reichsmarks la

rémunération mensuelle des médecins du service en Allemagne.

(*J. O.*, 20 août 1942.)

Organisation sportive

Décret n° 2540 du 19 août 1942 modifiant le décret du 19 novembre 1941 pour l'application de la loi du 20 décembre 1940 relative à l'organisation sportive.

Ce décret institue une carte sportive donnant droit à des garanties et notamment un remboursement des frais médicaux, pharmaceutiques et de prothèse en cas d'accident de sport.

(*J. O.*, 21 août 1942.)

Pensions

Cinq arrêtés du 1er août 1942

Les trois premiers fixent à 18 francs pour les médecins examinateurs et à 22 francs pour les médecins vérificateurs de l'Administration centrale, de la Commission supérieure des soins gratuits et de la Commission consultative médicale, la vocation par heure de travail effectif, chaque médecin devant fournir un rendement horaire minimum à fixer par décision du Secrétaire général des anciens combattants.

Le quatrième arrêté limite à un maximum de 2.000 francs par mois, l'indemnité à fixer pour les médecins militaires retraités employés comme vacateurs à la Commission consultative médicale.

Le cinquième arrêté porte à 60 francs par vacation l'indemnité attribuée au médecin chargé du service médical du Secrétariat général des anciens combattants.

(*J. O.*, 29 août 1942.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

La réunion d'Aurillac. — La réforme fiscale. — Responsabilité du Corps médical hospitalier et compétence des Tribunaux civils. — Un accoucheur est-il responsable des brulures causées par une bouillotte à un nouveau-né. — La duperie des vélo-moteurs.

Le dimanche 23 août se sont réunis à Aurillac les présidents des Conseils départementaux de la zone non occupée.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé présidait cette réunion : il exposa en détail les premiers résultats obtenus tant par lui-même que par l'Ordre ainsi que les projets en instance, particulièrement les projets sur la réforme de l'Ordre et sur les prisonniers. Nos lecteurs en connaissent l'essentiel. C'est à les voir en action que l'on connaîtra leurs qualités et leurs défauts.

Le Ministre, quoi qu'il en soit, a annoncé la détermination d'en poursuivre activement la mise en œuvre et de les défendre contre les attaques ou les oppositions. Nous comptons revenir prochainement sur le compte-rendu de cette conférence.

***

On parle beaucoup de réformer l'imposition sur le revenu professionnel du médecin. On a surtout beaucoup parlé d'un certain forfait qui, à vrai dire, ne suscite guère l'enthousiasme.

Le Docteur Durand, en un vivant article, nous a fait connaître les conceptions du Conseil supérieur en cette matière. Il semble qu'elles concordent avec celles de l'ensemble des praticiens, si nous en croyons notamment le compte-rendu d'une réunion tenue à Saint-Etienne sous l'égide du Conseil de la Loire.

La formalité du « reçu » est unanimement condamnée. Elle est d'avance jugée par une jurisprudence bien établie de la Cour de Cassation d'après laquelle l'absence d'écrit en matière d'honoraires résulte d'un « usage fondé sur la nécessité et l'intérêt des malades, en même temps que sur le respect et la dignité des médecins et chirurgiens » (Cass. req., 27 mars 1907). On ne saurait mieux dire... et le fisc aurait parfois intérêt à relire nos vieux arrêts.

Privé de toute valeur de contrôle par l'omission des noms de clients, en raison de l'art. 378 du Code pénal, le livre-journal n'apparaît plus que comme un pensum inutile dont on devrait bien libérer le médecin déjà surchargé de besogne paperassière.

Le seul avantage du forfait eut été de supprimer contrôles et discussions. Mais c'est là une solution pour période calme et stable, ce qui n'est point la marque essentielle de celle que nous vivons. La quiétude du médecin abonné au forfait risquerait d'être payée d'un prix par trop lourd !

Il faut donc conserver la déclaration annuelle qui suppose un légitime contrôle. Comment l'opérer ? Avec beaucoup d'autres, nous dirigeons aujourd'hui nos regards vers l'institution que nous avions déjà rappelée il y a plus d'un an : la *préconciliation.*

Œuvre des syndicats, fondée sur une Circulaire, la préconciliation fonctionnait ; en fait d'une manière silencieuse mais souvent efficace. L'Ordre a tous les moyens, toutes les qualités pour l'officialiser, en faire une procédure régulière, obligatoire, une *conciliation* véritable transformant la Commission de taxation en simple pis-aller. Dépourvue autrefois de sanctions véritables, la sentence du conciliateur aurait derrière elle aujourd'hui toutes les foudres de l'Ordre et par suite de la loi. Ce serait à notre sens la véritable solution *corporative* de l'imposition du médecin.

* * *

La Cour d'appel de Paris a rendu le 5 mai dernier, un arrêt dans un sens conforme à l'arrêt de la Cour de cassation du 28 janvier 1942 analysé dans notre numéro du 14 juin 1942 par Me Bernard Auger.

Elle a reconnu la compétence des Tribunaux civils pour statuer sur une demande en dommages-intérêts introduite contre le chirurgien d'un hôpital auquel était reprochée une défectueuse amputation du doigt.

Les motifs de cette décision ? La faute médicale reprochée à un chirurgien opérant à l'hôpital ne se rattache point au fonctionnement du service, mais à l'exercice de son art. Les médecins et chirurgiens d'hôpitaux ne sont pas professionnellement les préposés ou fonctionnaires de l'Administration, car à cet égard, ils sont pleinement indépendants de cette dernière. Ils sont donc personnellement responsables de leurs fautes.

Dans l'espèce d'ailleurs, aucune faute n'ayant été relevée à l'encontre du chirurgien, la Cour d'appel, s'étant déclarée compétente, a débouté de leur action les demandeurs en dommages-intérêts.

* * *

Dans une affaire de brûlure par bouillotte — une de plus — une décision intéressante a été rendue par la Cour d'appel de Paris, le 29 mai 1942.

Le Docteur G..., propriétaire d'une clinique, était

poursuivi en dommages-intérêts par les parents d'un nouveau-né brûlé, dans les cinq premiers jours de la naissance, par une bouillotte trop chaude placée près de lui par une infirmière de la clinique. Le Docteur G. prétendait s'exonérer de sa responsabilité en la rejetant sur l'accoucheur, à la disposition de qui, et par conséquent sous l'autorité et le contrôle de qui, aurait été placée cette infirmière.

La Cour a refusé de retenir cette argumentation en constatant que le Docteur G... n'établissait pas que la faute commise par l'infirmière incombait aux prescriptions défectueuses de l'accoucheur et qu'en admettant même que l'accoucheur ait prescrit de poser des bouillottes près de l'enfant, la responsabilité du Docteur G... subsisterait encore puisqu'il avait commis une faute en engageant une infirmière inexpérimentée, incapable de vérifier si la température d'une bouillotte est excessive.

Le Docteur G... voulait utiliser à son profit la jurisprudence dite des « soins post-opératoires » qui met à la charge du chirurgien la responsabilité des incidents pouvant survenir entre la fin de l'opération et le réveil du malade.

La Cour d'appel de Paris a, à notre avis, fort bien jugé en se refusant à admettre une extension aussi large des principes qui ne s'appliquent qu'aux accidents survenus au cours d'un sommeil narcotique.

***

Séduits par l'offre du Conseil supérieur de l'Ordre qui leur proposait la fourniture d'un vélo-moteur, une centaine de médecins parisiens, nous dit-on, firent une demande. Ils reçurent du Conseil départemental un bon d'achat, se mirent en relation avec les constructeurs, prirent livraison de l'engin contre paiement et remise du bon d'achat, puis, croyant que le principal était acquis, firent la demande de la carte grise et de l'S. P.

La carte grise fut relativement aisée à obtenir, ce fut l'affaire d'un steeple-chase à travers trois ou quatre bureaux. Mais le S. P. dépend du « Service de roulage ». C'est ici que gît l'obstacle définitivement « imbuvable ».

Depuis des semaines, la centaine de médecins parisiens attendent un S. P. et leur vélo-moteur tout neuf demeure sans emploi.

Le « service du roulage » est-il destiné à faire rouler les voitures ou à rouler les médecins ?

***

En voici une autre, sur le même sujet, et qui ne manque pas de saveur.

Le Docteur X... commande dès le mois de *mars* 1941, un vélo-moteur à l'une des plus importantes maisons de construction par l'intermédiaire de l'agent général de celle-ci.

Au mois de *juillet* 1942, le précieux engin arrive chez l'agent, lequel, sur instructions formelles de sa maison, le livre... à l'un des vétérinaires locaux !

Notre correspondant la trouve mauvaise et nous avouons le comprendre !

Si, par suite des accords, Ordre des Médecins, Comité d'organisation de l'Automobile, la répartition des vélo-moteurs n'est plus libre aujourd'hui dans le Corps médical, il semble que des listes de priorité auraient pu être établies en laissant à ceux qui avaient été prévoyants, le bénéfice des mesures de précaution par eux prises.



CORRESPONDANCE

3.375. — Le régime de l'assistance partielle

Je reçois souvent à mon cabinet des malades, bénéficiaires de l'art. 19 de la loi sur les Assurances sociales, qui me remettent un bon de consultation (et par conséquent ne paient pas) mais n'en ont pas pour le pharmacien auquel ils doivent acquitter intégralement le montant de leur ordonnance. Ils ne bénéficient de l'assistance, me disent-ils, que pour le médecin.

Je serais heureux de savoir si cette façon de procéder est licite.

Dr L.

Réponse

La question de l'assistance médicale partielle est un problème assez complexe et mal tranché par les règlements administratifs.

Son origine doit être recherchée dans une circulaire du Ministre du travail en date du 22 avril 1926 modifiant le règlement modèle de 1884 en matière d'assistance médicale gratuite.

Aux termes de cette circulaire, une mention particulière sur la liste d'assistance médicale, indiquera ceux des inscrits pour lesquels la gratuité est incomplète, étant constaté qu'ils sont à même de supporter personnellement soit une partie des frais de traitement à domicile, soit une partie des frais de traitement hospitalier, soit la totalité des frais à domicile, mais non pas ceux du traitement hospitalier.

Sous le régime des lois de 1928 et 1930 en matière d'Assurances sociales, deux circulaires des 4 et 25 octobre 1930 avaient proposé de distinguer de leur côté, les assurés notoirement indigents et les assurés privés de ressources.

Les premiers n'auraient eu droit qu'à l'assistance gratuite d'hospitalisation, quant aux derniers, ils auraient eu droit à toutes les prestations de l'assistance médicale gratuite.

L'article 19 du décret-loi du 28 octobre 1935 a repris cette distinction en décidant que les assurés indigents peuvent être inscrits sur la liste d'assistance dans les conditions de la loi du 15 juillet 1893, soit pour les soins médicaux et pharmaceutiques, soit pour les frais d'hospitalisation, soit pour la totalité de ces avantages.

Autrement dit, la loi a consacré purement et simplement les principes recommandés par la circulaire du 22 avril 1926 sur l'assistance médicale partielle.

Mais ainsi que vous venez de le voir, le choix est limité entre trois hypothèses : ou bien l'assuré assisté n'a droit qu'aux soins médicaux et pharmaceutiques, ou il n'a droit qu'aux frais d'hospitalisation, ou bien il a droit à la totalité. Il ne paraît pas possible par conséquent de distinguer entre les soins médicaux et les frais pharmaceutiques ainsi qu'il en va dans votre département.

En conclusion, nous croyons donc que du moment qu'un assisté est inscrit sur la liste de secours de sa commune, sans indication spéciale, il peut revendiquer le plein bénéfice de l'article 19 pour la totalité des frais de traitement.

Si par contre, il est inscrit comme assisté partiel, il peut se voir rembourser ou les soins médicaux et pharmaceutiques, ou les frais d'hospitalisation, mais s'il bénéficie des soins médicaux, il doit bénéficier également des prestations pharmaceutiques.



3.744. — Formalités à accomplir avant un avortement thérapeutique

Je vous serais très obligé si vous vouliez bien me conseiller sur la question suivante :

Je donne actuellement mes soins à une jeune femme enceinte de trois mois qui présente depuis le premier jour de sa grossesse des vomissements incessants et des phénomènes d'intolérance avec atteinte sérieuse de l'état général, qui paraissent bien autoriser à bref délai une interruption de grossesse. Un confrère accoucheur venu en consultation n'a pas paru très décidé à cela, malgré que l'indication me paraisse formelle et qu'il ne m'ait pas prouvé le non-fondé de ma conviction et de mes craintes.

Pensez-vous que je puisse procéder moi-même à l'interruption de la grossesse, avec l'assentiment d'un confrère du voisinage ? Et, dans l'affirmation, quelles sont les précautions et formalités préliminaires dont il est indispensable de s'entourer ?

L'altération assez rapide de l'état de ma malade me fait espérer que vous voudrez bien me seconder rapidement dans ce cas qui constitue pour un praticien de campagne isolé, un angoissant problème de conscience.

Dr A.

Réponse

Nous ne saurions trop vous engager à la plus grande prudence. Si le consultant que vous avez déjà appelé ne paraît pas partisan d'une intervention, demandez une autre consultation.

Nous vous rappelons à ce sujet les dispositions de l'art. 87 du décret-loi du 29 juillet 1939 sur la Famille, dispositions reprises par l'art. 23 du Code de déontologie et qui sont très précises. Elles subordonnent l'intervention interruptive de la grossesse à l'avis de deux médecins consultants dont l'un choisi sur la liste des experts près le tribunal civil.

Les deux médecins consultants et le médecin traitant doivent, après examen, attester par écrit qu'ils estiment l'intervention de la grossesse nécessaire pour sauver la vie de la mère. Un des exemplaires de la consultation est conservé par la malade, les trois autres par chacun des trois médecins.

Si l'altération de l'état de votre malade est rapide il y a lieu pour vous de hâter cette consultation en respectant les formes légales.

---

40. — Tarif des accidents du travail. Ligature d'artère ?

Un blessé venu chez moi avait une plaie du front saignant beaucoup et depuis longtemps. Un examen attentif rendu difficile par l'abondance du sang me fit découvrir une petite artère sectionnée dont les deux bouts, encastrés dans le feutrage dermique, ne pouvaient être saisis : j'ai pu les pincer avec deux agrafes et faire ainsi cesser l'hémorragie ; j'ai donc fait la ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie, ce qui est payé 170 francs par le tarif quand il s'agit de la radiale, de la temporale, etc.

Or, ce n'était pas la temporale, mais une de ses branches terminales, je crois. Si bien que d'après le tarif, je n'aurais droit qu'à la suture de la peau que j'ai d'ailleurs faite par surcroît.

Je trouve cela excessif comme il me paraîtrait également excessif de demander 170 francs comme pour la ligature des deux bouts de l'artère temporale.

N'y a-t-il pas un moyen terme, plus équitable, entre rien et 170 francs pour tout le mal que j'ai eu ?

Dr P.

Réponse

Les ligatures d'artères ne font l'objet d'une tarification spéciale que lorsque ces artères sont celles nominalement désignées à l'art. 17.

D'ailleurs, vous n'avez nullement fait une double ligature d'après ce que vous m'expliquez, mais uniquement quelques points de suture qui ont, comme presque toujours, fait cesser l'hémorragie au moment où l'on serre les fils ou les agrafes. Ce sont ces points (fil ou agrafes) que vous avez à compter en l'espèce, soit 27 francs, pas davantage.

Evidemment, ce n'est pas là un « bon cas » pour le médecin. Mais je ne vois pas d'autre tarification à proposer.

Dr F. Decourt.

3563. — Les examens médico-sportifs doivent être honorés

J'ai l'honneur de vous demander votre avis sur la question suivante :

Mon confrère et moi sommes sollicités périodiquement pour faire des examens de jeunes gens des deux sexes en vue de l'aptitude aux différents sports. Il y a donc un examen assez sérieux consistant à ausculter les poumons, le cœur, prandiale, rythme cardiaque, le périmètre thoracique, etc...

Jusqu'à présent nous avons fait ces examens gratuitement ; toutefois comme nous serons encore appelés à les refaire périodiquement, nous nous demandons s'il n'y a pas un crédit alloué pour ce genre d'examens

Il me semble que le médecin, dont on abuse déjà beaucoup, devrait recevoir des honoraires modestes, soit, mais réels, par exemple 5 francs par examen individuel, nous ne sommes pas des mendiants, mais nous demandons simplement à vivre honorablement de notre profession.

Dr H.

Réponse

Il n'y a aucune raison pour que les examens médico-sportifs soient faits gratuitement. Hors les cas d'espèce où un médecin accepte d'examiner gratuitement les membres de son propre club, c'est la société organisatrice qui doit honorer le médecin. Le Commissariat des sports, dans l'état actuel des choses, ne peut être considéré que comme un tiers payant avec lequel le médecin n'a pas de rapport direct.

Il appartient au club de demander au Commissariat tout ou partie des honoraires payés. A notre connaissance, le Commissariat général des Sports attribue une subvention de 5 francs par sujet examiné. Dans certaines localités, les honoraires (10 francs par examen) sont versés par la municipalité. Celle-ci par un heureux précédent a accepté d'en payer la moitié, l'autre moitié lui étant remboursée par les clubs qui doivent recevoir du Commissariat la subvention visée plus haut.

Ces honoraires sont encore insuffisants, l'examen médico-sportif demandant à être très sérieux et approfondi. Le principe de la gratuité nous semble par essence absolument faux et ne peut que nuire à la valeur du contrôle médical.

Tenez-nous au courant du résultat de vos démarches auprès des sociétés sportives locales.

Gérant : J. Mignon — Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — N° 38 — DIMANCHE 20 SEPTEMBRE 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Ce numéro est spécialement consacré à la publication du compte-rendu de l'important Congrès d'Aurillac

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.** — MM. Gabrielle et Chambon, agrégés pérennisés, sont nommés professeurs sans chaire, à cette Faculté, à compter du 1er octobre 1942.

— **Hôpitaux de Paris.** — Un *concours spécial* pour la nomination à quatre places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le 19 octobre 1942. Les inscriptions sont reçues, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé), du 21 septembre au 5 octobre 1942.

— **Hôpitaux de Chateaubriant, Chinon, Cholet et Saint-Nazaire.** — Le concours ouvert le 27 juillet 1942, à Paris, pour la nomination à quatre places de chirurgien des hôpitaux de Chateaubriant, Chinon, Cholet et Saint-Nazaire, s'est terminé par la nomination de MM. Guichard, Avril, Gentin et Billard.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine........ 120 francs
Étudiants .... 80 francs
Le Numéro........ 5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Hôpital d'Orléans.** *Concours de chirurgien-adjoint et de médecin-adjoint.* — Des concours auront lieu à l'Ecole de médecine de Tours : le 3 novembre 1942 pour une place de chirurgien-adjoint, et le 10 novembre 1942 pour trois places de médecin-adjoint à l'hôpital d'Orléans. S'adresser à la Direction générale des hôpitaux d'Orléans.

— **Hôpital de Fontainebleau.** *Concours de médecin-adjoint.* — Un concours sur titres pour une place de médecin-adjoint de l'hôpital de Fontainebleau sera ouvert à Paris, 3, avenue Victoria, le 24 octobre 1942. Les inscriptions sont reçues, du 5 au 15 octobre 1942, au Bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria. Renseignements à la Direction régionale de la Santé, 1, avenue Victoria.

— **Département des Alpes-Maritimes.** *Services anti-vénériens.* — Un concours sur titres pour un poste de médecin-chef des services anti-vénériens des Alpes-Maritimes sera ouvert le 1er novembre 1942, à la Faculté de médecine de Marseille. Inscriptions (jusqu'au 26 octobre 1942) et renseignements à la Préfecture des Alpes-Maritimes, Inspection de la Santé, Annexe du Grand-Hôtel, avenue Félix-Faure, Nice.

— **Secrétariat particulier du Chef de l'Etat.** — Par décret du 17 août 1942, M. le Docteur Bernard Ménétrel, ancien interne des hôpitaux de Paris, a été nommé chef du Secrétariat particulier du Maréchal Pétain, Chef de l'Etat.

— **Vaccination anti-amarile.** — Les dispositions de l'arrêté ministériel du 10 décembre 1941, rendant la vaccination anti-amarile par scarifications obligatoire pour toute la population civile européenne et indigène de l'Afrique occidentale française, sont étendues au territoire du Togo.



— **Médailles d'honneur des épidémies.** — La médaille d'or des épidémies a été décernée, à titre posthume, à MM. les Docteurs CHAPULLIOT (Edmond), médecin communal à Mouzaïaville (Alger), ARENA (Jean), médecin communal à Tébessa et TORDJMAN (Ernest), médecin à Guelma.

— **Les S. P. pour vélo-moteurs des médecins.** — Les médecins de la Seine, possesseurs d'un vélo-moteur acquis grâce à un bon d'achat de l'Ordre des médecins et n'ayant pas encore obtenu de S. P., sont priés de se signaler d'*urgence* par lettre au Docteur Pierre Martin, 5, rue Abbé-Houël, à Romainville. Donner les dates d'obtention de la carte grise, d'obtention du bon d'achat et si possible, de livraison du vélo-moteur.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance d'Annick-Marie-Christine CHOUINARD, second enfant du Docteur Guy Chouinard (Essonnes, Seine-et-Oise, 6, rue Henri-Cherrières, 29 août 1942) ; de Lucienne RIBOLLET, fille du Docteur Franck Ribollet (Rive-de-Gier, Loire, place de la Liberté, 3 août 1942) ; d'Hervé GHEERBRANT, sixième enfant du Docteur Henri Gheerbrant (Feuquières-en-Vimeu, Somme, 1er septembre 1942) ; d'André MERCAT, huitième enfant du Docteur Mercat (Paris, 155, boulevard Magenta, 3 septembre 1942) ; d'Anne-Marie LAIR, fille du Docteur Maurice Lair (Congy, Marne, 12 août 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul DELOBEL, de Lille, décédé le 14 août 1942, dans sa 66e année ; du Docteur DUCOULOMBIER, de Mouvaux (Nord) ; du Docteur Alphonse GORISSE, de Fretin (Nord), décédé le 11 août 1942 ; du Docteur Emile BUC, médecin-chef du sanatorium d'Angicourt ; du Docteur Henri CHENET, de Paris ; du Docteur Lucien HAHN, conservateur honoraire de la Bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris, père du Docteur André Hahn, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris.

Le Sou Médical

Société médicale mutuelle d'assurance et de défense professionnelles

Créée en 1897 par les fondateurs du *Concours médical*, la Société le « Sou Médical » est une trop vieille personne pour qu'il soit besoin de la présenter à nos lecteurs. Nous voulons simplement aujourd'hui donner de ses nouvelles et dire « où elle en est », elle aussi.

Transformée depuis plus d'un an déjà en Société Mutuelle d'assurances, le « Sou Médical » n'en a pas pour cela acquis le caractère administratif des organismes de ce genre. Il continue comme par le passé, dans un *esprit essentiellement confraternel*, à soutenir ses membres de ses conseils et de ses finances dans *toutes les difficultés de leur vie professionnelle.*

En assurant ainsi le triomphe des principes corporatifs dans les cas individuels, il contribue efficacement au maintien de la *position matérielle et morale du Corps médical* au sein du Corps social.

Rappelons d'autre part, qu'il garantit ses membres contre les risques de responsabilité professionnelle jusqu'à concurrence de 150.000 FRANCS (UN MILLION pour les membres du « Sou Médical » abonnés au *Concours médical*).

Si ce merveilleux instrument d'action corporative, fort de ses 8.000 *membres*, ne peut qu'être entre des mains médicales, sa *gestion technique* ne laisse rien à désirer, grâce aux nombreux juristes et conseils dont ses administrateurs se sont entourés. Nous n'en



voulons pour preuve que les chiffres de son dernier bilan : plus de deux millions de réserve obligatoires, 2.300.000 francs de réserve libre, un actif de près de 5 millions, comprenant une proportion importante d'immeubles, en co-propriété avec la Mutualité Familiale.

Riche de son passé, de sa documentation unique, de ses réserves financières, le « Sou Médical » a besoin de l'*affluence des jeunes* pour continuer sa mission, et c'est tout particulièrement à eux que cet appel est adressé. (*Renseignements et statuts au Siège social : 37, rue de Bellefond, Paris (IX*[e]*), ou auprès de M. P.* Ribeyre, *à Vals-les-Bains (Ardèche), pour la zone non occupée. Cotisation annuelle : 137 francs*).

La Mutualité Familiale

La Prévoyance est à l'ordre du jour, tant dans les préoccupations de l'Ordre que dans les discours ministériels. Des précisions qui nous sont données, il résulte qu'il n'est question de créer à titre obligatoire qu'une Caisse-répartition versant une allocation minime. L'effort essentiel de prévoyance est laissé à l'initiative personnelle.

Parmi les Sociétés médicales de prévoyance, figure aux premiers rangs la Mutualité Familiale et Professionnelle du Corps médical français, œuvre filiale du *Concours médical*.

Société de Secours mutuels libre, administrée par des médecins, gérée avec le concours de techniciens et d'un actuaire comme un véritable organisme d'assurance, la Mutualité Familiale offre les combinaisons suivantes :

— *en cas de maladie ou d'accidents*, elle verse une indemnité journalière pouvant aller de 50 francs à 150 francs jusqu'au 60[e] jour. Au-delà, et quelle que soit la durée de l'incapacité, l'indemnité devient mensuelle et égale à dix fois l'indemnité journalière (donc de 500 francs à 1.500 francs).

— *contre la vieillesse*, elle permet à ses membres de se constituer sur leur tête, ou sur celle de leur femme, à 60 ou 65 ans, des pensions de *retraite* variant de 600 *à* 6.000 *francs*. Ces pensions étant cumulables, un médecin peut ainsi toucher 12.000 *francs* à 65 ans, un ménage 24.000 *francs*. Les modalités à capital *aliéné*, *contre-assuré* ou *réservé spécial* répondent à tous les cas individuels ou familiaux.

— *contre le décès*, elle permet à ses membres de constituer une pension sur la tête de leur femme, réversible sur leurs enfants mineurs.

Fondée en 1894, possédant actuellement 5 millions de *réserves excédentaires*, une *Caisse de secours*, 15 millions d'actif, dont 3 millions d'*immeubles* de rapport à Paris, la Mutualité Familiale a tout particulièrement le droit de demander qu'on vienne à elle, afin qu'elle puisse croître encore et toujours mieux faire.

(*Renseignements et statuts sur demande au Siège social* : 37, *rue de Bellefond, Paris* (*IX*[e]) *ou auprès de* M. P. Ribeyre, *à Vals-les-Bains* (*Ardèche*), *pour la zone non occupée*).

Bibliographie

Librairie Maloine,
27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (VI[e])

Professeur P. Nobécourt et M. Maillet. — **La thérapeutique du nourrisson en clientèle.** 4[e] *édition*, 1941. Un vol. 1080 pages. Broché : 140 francs.

La médecine et la thérapeutique sont en évolution continue. Pendant les 17 années écoulées depuis la

première édition de cet ouvrage, des conceptions nouvelles et même des affections ignorées jusque-là sont nées, des conceptions anciennes ont été révisées ou abandonnées, des agents thérapeutiques peu utilisés sont entrés dans la pratique courante et d'autres ont été créés. Dans cette quatrième édition, comme dans chacune des précédentes, les auteurs ont apporté les remaniements, les additions et les suppressions rendus nécessaires par ces transformations.

Le pédiatre est souvent embarrassé pour faire un choix parmi les régimes et les médications, dont le nombre s'accroît chaque jour sans apporter toujours des ressources vraiment nouvelles. Les auteurs se sont efforcés de simplifier le plus possible. De fait, le traitement de la plupart des maladies des nourrissons est simple, si le médecin s'attache, avant de l'entreprendre, par une enquête étiologique minutieuse et une observation clinique attentive, à bien préciser les indications et les modes d'action des agents thérapeutiques qu'il prescrit.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur de l'Ordre

COMMISSION DE PROTECTION DES INTÉRETS DES MÉDECINS PRISONNIERS

Situation faite aux médecins volontaires pour la relève

Les médecins affectés à ces services prennent la place du relevé dont ils assurent le service selon le même régime de vie, mais il a été assuré qu'ils ne seront pas traités comme les autres prisonniers ; ils sont appelés à bénéficier d'un régime sensiblement différent : mesures de faveur au point de vue logement, service postal, etc...

Une ration alimentaire et deux étiquettes de colis supplémentaires seront distribuées.

Autorisation est accordée de promenades trois fois par semaine sous surveillance quasi-inexistante ; les rapports avec la population civile restent interdits.

Au point de vue pécuniaire, avantages sérieux. En plus de la solde et des indemnités, indemnité de 30 fr. par jour pour les journées passées en France et de mission pour les journées passées en Allemagne, ces dernières étant de :

377 francs par jour pour colonels et lieutenants-colonels ;

357 francs par jour pour commandants et capitaines ;

266 francs par jour pour lieutenants et sous-lieutenants.

Toutes facilités pour délégation de solde.

Des voyages sont préparés en 1re classe par les soins du Val-de-Grâce et à la Direction du Service de santé.

M. le Médecin-inspecteur s'efforcera de donner satisfaction aux préférences relatives à la région et à l'exercice de la spécialité.

Naturellement, ces vues sont d'ordre général et peuvent varier selon les camps, suivant la façon dont le règlement peut être compris et appliqué *par les Commandants de camp*.

Le séjour est fixé à un an.

(Le 8 septembre 1942).



PARTIE SCIENTIFIQUE

QUELQUES OBSERVATIONS D'AMIBIASE MONTRANT QU'IL FAUT TOUJOURS PENSER A CETTE AFFECTION

Par PASTEUR VALLERY-RADOT
Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de médecine de Paris

L'amibiase n'est plus cette maladie tropicale, que l'on n'observait jadis qu'en Orient, en Afrique, en Amérique centrale et en Amérique du sud. Elle est devenue une maladie assez fréquente en France, et cela pour deux motifs : en raison des voyages lointains de plus en plus nombreux, quantité de Français ont puisé le germe dans les pays où la maladie est endémique ; le formidable brassage de populations, qui s'est effectué depuis la guerre de 1914, a amené en France des Orientaux et des Nord-Africains atteints du mal, et ils l'ont répandu autour d'eux.

Il faut toujours penser à la possibilité de l'amibiase chez un sujet ayant une soi-disant entérocolite chronique : les alternatives de diarrhée et de constipation, les selles d'aspect *bouse de vache*, les débâcles glaireuses sont toujours suspectes.

Il faut aussi toujours penser à l'amibiase en présence d'un gros foie que rien n'explique, surtout s'il est douloureux.

Les quelques observations suivantes montrent quels aspects divers peut prendre l'amibiase dans nos climats, et combien ces aspects peuvent faire errer le diagnostic.

***

Un homme de 33 ans a fait son service militaire au Maroc. Il y contracta la dysenterie en 1928 ; pendant un mois, il eut cinq à six selles par jour avec glaires et sang.

Depuis son retour en France, il eut parfois des crises diarrhéiques, parfois des émissions de glaires et de sang.

En 1940, apparurent des symptômes impressionnants : fièvre à grandes oscillations, sueurs nocturnes, profonde asthénie. Il toussait, crachait et souffrait d'un point de côté à la base droite. Il fut hospitalisé dans un service de tuberculeux, où il ne fit que passer pour être envoyé dans un service de médecine générale. On y constata une température oscillante, mais intermittente ; aussi se demanda-t-on si l'on n'avait pas affaire à une fièvre de Malte. Le séro-diagnostic au *melitensis* et l'intra-dermo-réaction à la mélitine étant négatifs, on pensa au paludisme. N'ayant pas trouvé d'hématozoaires dans le sang, on pensa à l'amibiase ; mais la recherche des amibes et des kystes dans les selles étant négative et l'épreuve du traitement émétinien semblant n'avoir aucun effet sur la courbe thermique, on abandonna ce diagnostic. Le malade sortit de l'hôpital, mais pour y revenir à nouveau peu de temps après.

Il entra dans nos salles. Il était alors très amaigri, le faciès était pâle et terreux. Il n'avait plus de fièvre. Le symptôme, qui dominait l'examen clinique, était une hépatomégalie : le foie avait 20 centimètres sur la ligne mamelonnaire et il était sensible à la palpation. Etant donné ce gros foie, nous recherchâmes les amibes et les kystes dans les selles : nous n'en trouvâmes pas. Nous fîmes un examen de sang qui ne montra pas d'éosinophilie (1 éosinophile p.100) bien qu'il n'y eût pas de leucocytose (8.600 leucocytes par millimètre cube).

Malgré l'absence de signes positifs donnés par le laboratoire, nous pensâmes à une hépatite amibienne, étant donné les antécédents du malade, et nous fîmes un traitement par l'émétine.

Les injections d'émétine (en tout 0 gr. 80) n'ayant pas amené de modifications et la température ayant repris de grandes oscillations, nous instituâmes un traitement par injections de novarsénobenzol ; 0 gr. 15, puis deux fois 0 gr. 30, enfin cinq fois 0 gr. 45. La température céda, bientôt le foie diminua de volume. Le malade sortit de l'hôpital, apparemment guéri de son hépatite.

Que d'enseignements nous apporte cette observation ! Elle nous montre tout d'abord que l'amibiase, après avoir été une maladie aiguë, peut devenir une maladie chronique : pendant douze ans cet homme eut des signes de dysenterie après sa contamination au Maroc. L'amibiase peut se réveiller de loin en loin par des signes intestinaux, les plus variés d'ailleurs, et le reste du temps rester en sommeil. Si l'état général est bon, l'amibien ne fait d'ordinaire aucune attention à ces poussées intestinales jusqu'au jour où une véritable crise dysentérique ou une complication grave, telle qu'une hépatite, l'amène à consulter.

Au lieu de manifestations intestinales ou de complications hépatiques, l'amibiase chronique peut encore se révéler par des symptômes généraux, fièvre hectique, sueurs abondantes, amaigrissement, qui font penser à une tuberculose ou au paludisme.

D'autres fois, c'est sous un autre masque que se révèle l'amibiase chronique : l'allure de la température fait soulever l'hypothèse de mélitococcie, parfois de septicémie.

Notre malade devait aiguiller notre diagnostic vers l'amibiase : 1° en raison de ses antécédents : il faut, en effet, toujours penser à un réveil d'amibiase ; 2° du fait de son hépatomégalie : ce symptôme était capital. Un gros foie et sensible, chez un sujet non cardiaque, doit toujours faire supposer l'amibiase. C'est sur ce symptôme que notre présomption a été telle qu'elle égalait presque une certitude. Bien que les épreuves biologiques ne confirmassent pas le diagnostic d'amibiase, nous fîmes confiance à la clinique et nous instituâmes un traitement antiamibien. Nous savions que peu de temps auparavant, dans un autre service, les injections d'émétine n'avaient pas donné de résultat. Malgré cet essai négatif, nous refîmes de l'émétine. Le résultat, cette fois encore, fut nul. Devions-nous nous persuader que nous étions dans l'erreur ? Tout était, en effet, contre nous, laboratoire et traitement. Cependant notre hypothèse d'amibiase nous semblait une quasi certitude du point de vue clinique. Nous essayâmes donc le novarsénobenzol en injections intra-veineuses, qui peut donner de surprenants résultats, quand les autres traitements échouent. Cette thérapeutique eut l'effet désiré : la température redevint normale et le foie diminua rapide-

ment. Nous avions donc eu raison de ne nous laisser arrêter ni par le laboratoire, ni par le premier résultat du traitement émétinien.

Le malade, sorti de l'hôpital en bonne santé apparente, n'est cependant certainement pas guéri. Il faudra lui faire faire des cures de stovarsol : il faut traiter fort longtemps l'amibiase, *maladie chronique.*

***

Tout amibien, même apparemment guéri depuis des années, doit être considéré comme suspect d'amibiase.

Voici une curieuse observation que j'ai suivie pendant quinze années. Elle vous montrera qu'il est des cas où par un diagnostic d'amibiase, chez un sujet semblant voué à la mort prochaine, on peut enrayer l'évolution d'un mal si profond que l'on croyait au cancer et sauver ainsi le malade.

Monsieur X..., homme d'une quarantaine d'années, obèse, pesant 101 kilos, arrive en mai 1927 en France, venant d'une île anglaise des Antilles. Cette île est infestée d'amibiase, à tel point qu'il est peu d'autochtones qui ne soient porteurs de kystes ou d'amibes. En 1900, M. X... avait eu une crise de dysenterie dans cette île. Il s'était soigné mais, depuis, ses selles étaient « bouse de vache » et il constatait parfois du sang.

Je l'examine. Il se plaignait de fatigue, de diarrhée et d'une douleur à l'angle colique gauche. Soupçonnant l'amibiase, je lui fais faire deux examens des selles : ils sont négatifs. Un examen de sang ne montre pas d'éosinophilie. J'abandonne donc le diagnostic d'amibiase. Et cependant les troubles intestinaux et la douleur de l'angle colique gauche auraient dû m'inciter à ne pas abandonner le diagnostic d'amibiase, malgré le laboratoire. Cette douleur, qu'il fallait bien expliquer, fut rattachée à une lithiase : le malade avait eu, un an auparavant, une colique néphrétique gauche ; depuis, ses urines contenaient souvent du sable.

Les années suivantes, lors de ses séjours en France, je revis à diverses reprises M. X... Toujours les mêmes symptômes : diarrhées, douleurs à l'angle colique, coliques néphrétiques.

Je ne l'avais pas revu depuis plusieurs années, lorsqu'au cours de l'été 1940, je fus appelé auprès de notre malade par son médecin. Il avait, me disait notre confrère, un cancer du foie. On me mena dans une chambre où le premier spectacle qui frappait le regard était une feuille de température d'une longueur démesurée, fixée au mur, sur laquelle s'inscrivait une fièvre à grandes oscillations. Dans le fond d'un lit, un homme d'aspect cachectique, pâle, terreux, les yeux enfoncés dans leur orbite, était impressionnant. C'est à peine si je reconnus mon ancien malade. L'ayant découvert, je constatai un foie énorme, débordant d'au moins six travers de doigt le rebord costal, mamelonné comme l'est un cancer secondaire, et douloureux. De plus, on percevait à la base de l'hémithorax droit, de la submatité avec quelques râles et une diminution du murmure. Etant donnés les antécédents du malade, les signes hépatiques et les signes pleuro-pulmonaires associés — signes fréquents dans les abcès du foie — je pensai aussitôt à la possibilité d'un abcès du foie ayant passé à l'état chronique. De tels abcès ne sont pas exceptionnels dans les pays chauds et vont, comme ici, jusqu'à simuler un cancer, tant les symptômes généraux qui les accompagnent peuvent être graves. D'accord avec le médecin traitant, je fis faire une cure d'émétine, suivie d'une intervention pour drainer l'abcès. Dans le pus, comme c'est la règle, on ne trouva pas d'amibes. Je ne puis retracer toutes les péripéties qui suivirent. Qu'il me suffise de dire qu'après une nouvelle cure d'émétine et une seconde intervention, la convalescence survint et ce soi-disant cancer du foie guérit complètement.

***

Pensez à l'amibiase, même quand votre malade n'a pas séjourné dans un pays infesté d'amibes. Cette observation vous en donnera la preuve :

Un jeune homme de 20 ans entrait le 26 décembre dernier à l'hôpital Bichat. Un mois auparavant, il avait reçu un choc violent sur la région thoracique inférieure droite. Les jours suivants, il souffrit mais n'en continua pas moins son métier de polisseur.

Il va consulter dans un service de chirurgie. On pense, étant donné le siège de la douleur, à une fracture de côte. On lui fait faire une radiographie : elle ne décèle rien. Le malade ayant de la fièvre et une leucocytose de 24.000 leucocytes avec 80 % de polynucléaires, il m'est envoyé du service de chirurgie. Je l'examine avec mon interne M. René Wolfromm.

Il se plaint d'une douleur à droite, au-dessous des fausses côtes, exagérée dans les fortes inspirations. La palpation de la région lombaire droite provoque une assez vive douleur : a-t-il un phlegmon périnéphrétique ? mais on ne constate ni contracture musculaire, ni empâtement de la région ; a-t-il une pyélonéphrite ? mais il n'a pas de pus dans les urines ; une uretéropyélographie est cependant pratiquée : elle est négative.

On se demande alors si une manifestation pleuro-pulmonaire n'est pas la cause de sa douleur et de sa fièvre. L'auscultation du poumon est muette. Une radioscopie est faite. Elle montre que l'hémidiaphragme droit est plus surélevé qu'il ne l'est normalement et surtout est complètement immobile. Devant ces symptômes radiologiques, le diagnostic de gros foie s'imposait, gros foie s'étant développé vers le diaphragme.

Quelle pouvait être l'origine de cette hépatomégalie ? Un gros foie avec fièvre doit tout de suite faire penser à l'amibiase. Un examen des fèces décela des kystes d'amibe dysentérique : le diagnostic était assuré.

Ce jeune homme, interrogé sur son passé, nous dit n'avoir jamais quitté la France, mais il nous apprit qu'en juillet 1940, au retour de l'exode, passant par Limoges, il eut des coliques et dans une seule journée 40 selles composées de déjections muco-sanguinolentes. Il prit de l'élixir parégorique, tout se calma et il n'y pensa plus. Mais depuis six mois, il avait chaque jour quatre ou cinq selles, d'aspect bouse de vache ; il n'y prêtait aucune attention.

Nous lui fîmes immédiatement un traitement émétinien : chaque jour 0 gr. 04, puis 0 gr. 08 d'émétine en injections sous-cutanées. En tout 0 gr. 60. Le résultat fut remarquable : en quelques jours la fièvre baissa, la douleur disparut, il n'eut plus qu'une selle quotidienne et moulée. Les leucocytes redevinrent normaux : 7.400 par millimètre cube. La radioscopie redevint normale.

Le malade quitta l'hôpital apparemment guéri, mais nous lui fîmes une obligation de s'astreindre à des cures de stovarsol.

Cette observations nous montre que l'amibiase peut être contractée en France même. Au moment de l'exode de 1940, alors que tant d'individus de toutes les régions de France se trouvèrent mélangés et entassés, notre homme s'infesta. Il eut une crise de dysenterie typique ; il n'y prit garde puisqu'il se

soigna simplement avec de l'élixir parégorique. Pour un médecin averti, ces coliques et ces selles devaient évoquer l'idée de dysenterie amibienne ou bacillaire. Un examen des selles eût dû être fait.

Ce cas nous montre encore combien le diagnostic peut errer : ne pensa-t-on pas, chez cet homme qui souffrait de la région thoracique inférieure, à une fracture de côte ? puis, le siège de la douleur ayant été précisé dans la région lombaire et de la fièvre ayant été observée, le diagnostic de phlegmon périnéphrétique, puis celui de pyélonéphrite, furent évoqués. On se demanda enfin si l'on n'avait pas affaire à une affection pleuro-pulmonaire. C'est la radioscopie qui aiguilla vers une hépatite. Une hépatite avec signes d'infection = amibiase possible. Le diagnostic fut précisé par l'anamnèse et l'examen des selles.

Quelle fut l'influence du traumatisme sur la localisation hépatique de l'amibiase ? Il nous semble impossible de résoudre ce problème, qui aurait cependant une grosse importance médico-légale.

***

Pensez à l'amibiase devant un sujet qui a maigri et qui est asthéiné, sans que vous trouviez la cause de cet état.

En novembre dernier, un homme de 45 ans vient me consulter pour de la fatigue. Depuis seize mois il maigrit ; il a perdu 13 kilos. Un médecin a fait faire un examen hématimétrique, qui a décelé seulement une augmentation du taux des éosinophiles : 8 %. L'examen clinique étant complètement négatif, j'attachai de l'importance à l'éosinophilie et fis faire un examen des fèces pour éliminer une parasitose intestinale. Quelle ne fut pas ma surprise en voyant la réponse de cet examen : *amibes dysentériques, du type tetragena.* Interrogé, ce malade me dit n'avoir jamais voyagé hors des frontières de France ; mais il avait constaté depuis des années qu'il avait quotidiennement deux ou trois selles pâteuses.

Je lui fis prendre du stovarsol, à raison de deux comprimés de 0 gr. 25 chaque jour pendant les deux premiers jours de la semaine ; trois comprimés les deux jours suivants. Il devait s'abstenir de traitement les trois derniers jours de la semaine.

Il continua ce traitement pendant six semaines, puis fit refaire un examen des fèces : il était négatif. Je lui prescrivis néanmoins une cure de stovarsol comme la précédente, un mois sur deux, et lui conseillai de refaire faire un examen au bout de six mois.

Cette observation nous enseigne que, chez un sujet fatigué, amaigri, lorsqu'un examen hématimétrique a montré une éosinophilie, il faut penser à l'amibiase, même si le sujet n'a pas été dans les pays tropicaux.

***

Il faut se souvenir que l'amibiase est une maladie chronique à poussées. Des examens doivent être faits, chez un ancien amibien de temps à autre. Il faut administrer un traitement dès que les kystes ou amibes réapparaissent et continuer ce traitement encore un certain temps après la disparition des parasites. Même quand les examens des selles demeureront négatifs, rien ne permettra d'affirmer que la maladie ne sommeille pas : un amibien doit donc, pendant de longues années, être surveillé.

Les Sociétés savantes

Académie de médecine

Les guérisons lointaines des néphrectomisés pour cancer

(M. Maurice Chevassu ; 9-6-1942)

Dans un rapport récent à la Société française d'urologie, M. Berne-Lagarde présentait un ensemble de statistiques françaises et étrangères relatives aux suites des néphrectomies pour cancer du rein. Les chiffres indiqués ne donnaient pas une proportion très notable de survies, surtout après trois ou cinq ans.

M. Chevassu a recherché, à cette occasion, quel avait été l'avenir de ses opérés personnels de néphrectomie pour cancer. Sur 44 opérés suivis, 19 étaient vivants après trois ans et 16 après cinq ans. Les résultats ont été ici plus encourageants que dans les statistiques de M. Berne-Lagarde.

Tous ces cancers, sauf un, ont été diagnostiqués à l'occasion d'une hématurie. Chez cinq malades seulement, il existait une tumeur perceptible. Toute hématurie totale doit être étudiée minutieusement, avec la hantise du cancer. Le diagnostic, pour être précoce, ne doit pas attendre la perception de la néoplasie par le palper.

Une série d'intoxications dues à l'arséniate de plomb

(M. Perrot ; 30-6 et 7-7-1942)

Il s'agit de cas assez nombreux, observés dans une commune des Côtes-du-Nord, d'intoxication par des farines ayant été accidentellement en contact avec des produits arsénicaux employés en agriculture, des produits anti-doryphoriques probablement.

— MM. Fabre, Huber et Lautraite, à l'occasion de la communication du Professeur Perrot, rapportent un fait d'intoxication arsenicale analogue, ayant atteint de nombreuses personnes habitant le canton de Magny-en-Vexin, à la suite de l'absorption de tartes aux fraises. De l'arsenic a pu être constaté dans une tarte restante.

En conclusion de ces deux communications, l'Académie émet des vœux demandant aux Pouvoirs publics de veiller à la stricte observation des règlements en vigueur concernant la vente des produits toxiques utilisés en agriculture. Elle souligne, d'autre part, l'intérêt de l'étude des moyens de remplacement, en agriculture, des arsenicaux par d'autres produits inoffensifs pour l'homme et les animaux domestiques.

Académie de chirurgie

Fibrome naso-pharyngien

(M. Paul Truffert ; 6-5-1942)

M. Truffert fait une communication sur le traitement des fibromes naso-pharyngiens. Ce traitement est chirurgical ou, parfois, d'ordre physiothérapique.

Le traitement chirurgical s'accompagne de fortes hémorragies et est par cela même assez impressionnant. L'arrachement à l'anse, ainsi que l'a montré Sébileau, est supérieur à la rugination. Le traitement par les agents physiques comprend la diathermo-coagulation, la radiumthérapie et la radiothérapie. Il semble applicable aux cas où la rapidité d'évolution de la tumeur met en jeu l'état général du malade et contre-indique l'intervention opératoire.

P. L.


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)


MALADIE DE PARKINSON
POST-ENCÉPHALITIQUE
NARCOLEPSIES
HYPERSOMNIES
DÉPRESSIONS PHYSIQUES & PSYCHIQUES
Ortédrine
Sulfate de phényl-1 amino-2 propane
Comprimés dosés à 0g005, divisibles par 2
Accroît l'activité du système orthosympathique
Accroît l'activité physique & intellectuelle
POSOLOGIE MOYENNE
très variable suivant les sujets
1 À 2 COMPRIMÉS PAR JOUR
Commencer par 1 comprimé, augmenter si nécessaire.
L'ORTÉDRINE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE DE PRÉFÉRENCE LE MATIN
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE - MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
SPECIA • 21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • 8ème


CONSTIPATION
Boldolaxine
A base d'extrait de feuilles fraîches de Boldo
1 A 2 COMPRIMÉS AVANT LE REPAS DU SOIR
LABORATOIRES EMILE CHARPENTIER
7, RUE DU BOIS DE BOULOGNE, PARIS
CHANTELLE (ALLIER)

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

OÙ EN SOMMES-NOUS ?

Le 23 août s'est tenue à Aurillac, sous la présidence du Docteur GRASSET, Secrétaire d'Etat à la Santé et en la présence du Professeur LERICHE, président du Conseil supérieur, la réunion des présidents de Conseils départementaux de zone libre.

Nous sommes heureux de pouvoir offrir en primeur à nos lecteurs, un compte rendu de cette réunion ; l'importance de cette information nous a semblé mériter qu'un numéro y fût consacré. Aucun médecin français ne peut, en effet, se méprendre sur l'intérêt d'une telle conférence : les délégués départementaux de l'Ordre viennent y chercher auprès du Secrétaire d'Etat à la Santé et des représentants du Conseil supérieur l'exposé de ce qui est fait et les directives pour ce qui est à faire.

Toutes les questions à l'ordre du jour étant méthodiquement évoquées une à une, il en ressort une impression précise et capitale sur l'état actuel de la vie professionnelle et l'on peut dire que ce point piqué sur la carte marque sans équivoque soit une avance, soit un recul, soit un déroutement. Où en sommes-nous ?

***

Il apparaît qu'en moins de deux ans du bon travail s'est accompli au bénéfice de la profession. Certains diront que beaucoup de mauvais l'a été aussi et à son détriment. C'est indiscutable et le Ministre, en rendant un juste hommage aux Syndicats, a évoqué une erreur qui fut peut-être tactique et sûrement psychologique. Mais elle avait ceci de commun avec beaucoup d'erreurs qu'il fallait l'avoir commise pour bien l'apercevoir. Elle était, en tous cas, dans l'ambiance du moment ; sans doute le syndicalisme médical a-t-il été une victime indirecte de la défaite militaire de même que l'ajournement des élections, aux Conseils de l'Ordre comme ailleurs, est un trait de politique générale ; on voudrait tout remettre à neuf dans une maison où vient de mourir un être cher.

N'empêche que de gros problèmes demeurés insolubles pendant des années sont ou réglés, comme la question des médecins étrangers, ou en passe de l'être comme le problème de la prévoyance et celui des impôts du médecin. Est à l'étude la réforme de l'enseignement médical avec comme corollaire, le remède à la pléthore ; cette réforme, pour être efficiente devra être tellement profonde, que la profession toute entière en sortira transformée.

Par ailleurs des innovations, tel l'Ordre lui-même, se sont montrées, au contact des réalités quotidiennes, imparfaites et dignes d'être reprises sur un autre plan.

L'on en arrive en somme, le stade de conception et des expériences dépassé, au travail d'édification solide.

Il est essentiel de noter que le Secrétariat à la Santé, depuis qu'il est aux mains de médecins, a affirmé ses prérogatives, pris sa place dans l'Etat et qu'il réalise peu à peu la concentration souhaitable de tous les services sanitaires du pays.

Enfin, aux problèmes fondamentaux se sont surajoutés les problèmes de circonstances : d'abord et en premier lieu la défense des intérêts des prisonniers. Le *Concours* s'est assez voué à cette défense pour en connaître les difficultés et avoir identifié tous les obstacles, depuis l'impuissance jusqu'au mauvais vouloir. Aussi prend-il acte des promesses récemment données et veillera-t-il à ce qu'elles se traduisent en réalité tangibles.

Au sein même de l'Ordre, ces deux ans n'ont pas été sans agitation ni aigreurs ; la périphérie s'en est prise au centre et le centre à la périphérie, dans une méconnaissance réciproque et une égale bonne volonté: Type de l'agitation nourrie de malentendus que dissipe aisément une explication franche et qu'entretiennent des démissions retentissantes. A réaliser cet apaisement à tous égards souhaitable des réunions comme celle d'Aurillac, aussi fréquentes qu'il le faudra, et des correspondances imprégnées d'esprit confraternel entre Conseil supérieur et Conseils départementaux, doivent, semble-t-il, réussir sans peine.

***

En définitive, et pour répondre à la question posée en tête de cette page, nous n'en sommes pas encore à l'euphorie, mais nous sommes sortis de la géhenne. Nous voici à ce stade où chacun, s'étant donné beaucoup de mal, s'impatiente des modestes réalisations obtenues et est prompt à accuser ses compagnons de travail. Il y a tout juste deux ans, nous étions pris sous un éboulement ; aujourd'hui, des murs commencent à sortir de terre. C'est peu en regard de ce que nous possédions naguère. Mais, puisque le plan du nouvel édifice est tracé, que les abords sont déblayés et que nous sommes vivants, allons-nous désespérer et nous jeter à la face de vaines récriminations ?

Ce qui me semble ressortir de cette conférence d'Aurillac, c'est d'abord la certitude que tous sont prêts à œuvrer pour le bien commun. C'est ensuite que l'état d'avancement des travaux n'est pas aussi misérable que certains voulaient le dire. Et c'est enfin que la période ingrate est maintenant passée.

Il serait paradoxal que des médecins travaillant *entre eux et pour eux* eussent posé les assises d'une autre tour de Babel.

Cet effort vers l'entente et la collaboration, le *Concours* croit de son devoir de le préconiser. Ayant tour à tour, et à tous les étages, salué ce qu'il pensait être bon et critiqué ce qu'il estimait critiquable, il a pu s'assurer d'un point essentiel : que tous les responsables étaient animés de bon vouloir et de bonne foi. Dans une telle ambiance, aucune faute n'est inexpiable et le but commun doit être un signe de ralliement péremptoire.

G. LAVALÉE.

AU CONGRÈS DES CONSEILS DE L'ORDRE DE LA ZONE NON OCCUPÉE A AURILLAC LE 23 AOUT 1942

UN IMPORTANT EXPOSÉ DU SECRÉTAIRE D'ÉTAT A LA SANTÉ

La réunion des Présidents et Secrétaires généraux des Conseils de l'Ordre de zone non occupée, qui s'est tenue à Aurillac le 23 août 1942, a fourni au secrétaire d'Etat à la Santé, l'occasion d'exposer ses vues et de faire connaître sa politique à l'égard d'un certain nombre de problèmes intéressant la médecine et l'avenir de la profession.

Voici l'essentiel des déclarations du Docteur Raymond GRASSET.

***

Après avoir rappelé les conditions dans lesquelles il a été appelé à occuper ses fonctions officielles, le Docteur GRASSET montre que c'est au *médecin praticien* que le Chef du Gouvernement a essentiellement désiré faire appel lorsqu'il lui a confié la charge du département de la Santé. Ainsi s'est trouvée publiquement affirmée la confiance des Pouvoirs publics dans les praticiens, et leur désir d'appeler ces derniers à collaborer étroitement à son œuvre de paix sociale et de reconstruction nationale.

Depuis son arrivée au Ministère, le Docteur Raymond GRASSET s'est penché avec attention sur le problème de la nécessaire détente des relations existant entre l'Etat et la Corporation médicale. Il montre comment il s'est efforcé de « revaloriser » la profession dont diverses initiatives récentes tendaient à minimiser l'importance et le rôle. Ses efforts, poursuivis opiniâtrement depuis quatre mois, ont déjà produit des résultats appréciables.

Trois heures durant, dans un exposé particulièrement clair et documenté, effectué sur le ton confiant de la simple conversation confraternelle, le Secrétaire d'Etat passe en revue les questions à l'occasion desquelles s'est plus particulièrement manifesté son rôle d'apaisement et de protection des intérêts de la profession médicale.

1° Attribution de nouveaux pouvoirs au Secrétariat d'Etat à la Santé

L'une des premières préoccupations du Secrétaire d'Etat, dès son arrivée au Gouvernement, a été de donner leur place normale aux services dont il devait assurer la direction. Il a été frappé par le fait que de nombreux services médicaux, créés par divers départements ministériels, échappaient complètement à l'impulsion technique et à l'action coordinatrice du secrétariat d'Etat à la Santé. C'est ainsi que les services médicaux dépendant des ministères de la Justice, du Travail, de l'Education nationale, de l'Agriculture, etc... fonctionnaient pour la plupart en complète indépendance des services civils de la Santé.

C'est afin d'apporter à tous ces services une unité de vues nécessaire, et de réaliser dans ledomaine sanitaire l'unité de commandement qui s'impose, qu'il a fait promulguer la loi du 27 juillet 1942 (parue au *Journal officiel* du 14 août), qui donne au Secrétaire l'Etat à la Santé des pouvoirs étendus en matière de protection sanitaire (1).

Le Secrétaire d'Etat se félicite de l'extension des pouvoirs conférés au département de la Santé, et du fait que ce dernier reçoit ainsi sa juste place dans l'organisation administrative et gouvernementale du pays.

2° La fiscalité dans la profession médicale

Le Secrétaire d'Etat s'étend longuement sur l'épineuse question de la fiscalité dans les professions médicales. Il expose à l'Assemblée ses efforts pour faire prévaloir auprès du ministère des Finances le point de vue professionnel, basé sur le respect des principes essentiels de la Charte médicale. « La nouvelle loi, dit-il, ne sera ni inquisitoriale, ni vexatoire ; elle abandonnera tout ce qui pouvait paraître donner à notre profession un caractère commercial. » (*Applaudissements*).

Mais avant toute appréciation, il ne faut pas perdre de vue que les circonstanc es actuelles et la situation du pays imposent une meilleure répartition de l'impôt, et la nécessité de calculer désormais celui-ci sur le revenu réel de chaque citoyen. Or, l'écart constaté entre le revenu professionnel réel de la profession médicale et le montant des revenus professionnels déclarés par les médecins est assez considérable. Tels sont l'idée directrice et le fait d'observation qui ont été à l'origine des récentes initiatives du fisc.

Quoi qu'il en soit, il est certain que les mesures fiscales appliquées au Corps médical se sont avérées pour le moins inadéquates ; aussi, le Secrétaire d'Etat a-t-il pris, dès son arrivée au pouvoir, l'initiative d'une réforme du régime fiscal des professions médicales. Les éléments de cette réforme sont contenus dans divers documents officiels, qui résument l'action difficile de son administration en vue de mettre en harmonie les obligations propres à la profession médicale et les nécessités d'une juste répartition de l'impôt.

Dans ce but, le secrétaire d'Etat à la Santé avait proposé au ministre des Finances, l'adoption d'un double régime fiscal basé sur la coexistence des deux modes de taxation suivants :

— soit régime dit du *bénéfice réel*, dans lequel le médecin serait imposé d'après son revenu professionnel effectif ;

— soit régime dit du *bénéfice forfaitaire*, dans lequel le médecin serait imposé d'après un forfait, déterminé en collaboration avec le Contrôleur des Contributions directes et le Conseil départemental de l'Ordre.

Chaque médecin *aurait la faculté* d'opter pour l'un ou pour l'autre de ces deux régimes.

Le Secrétaire d'Etat rappelle brièvement les longues et difficiles tractations intervenues avec le ministre des Finances. L'accueil des services de ce dernier avait tout d'abord été assez défavorable à ce double système, et son adoption subordonnée par eux à des conditions inacceptables pour les médecins (tenue d'un livre-journal nominatif, d'une comptabilité, etc...). Malgré les difficultés rencontrées, une solution favorable aux intérêts médicaux a cependant été atteinte ; l'état actuel des tractations entre les deux départements ministériels peut être résumé de la façon suivante :

Les contribuables intéressés auraient le choix entre deux régimes dits l'un du bénéfice forfaitaire, l'autre du bénéfice réel. L'option s'exercerait dans les trois premiers mois de chaque année.

---

(1) Ce texte a été publié dans notre numéro du 1er septembre, pages 721 et suivantes.

En cas d'option pour le bénéfice forfaitaire, *la déclaration annuelle des revenus ne comprendrait que ceux qui ne proviennent pas de l'exercice de la profession, mais serait appuyée d'une déclaration des conditions d'exercice de la profession indiquant notamment :*

a) *titres universitaires ou hospitaliers, ancienneté ;*

b) *le cas échéant, tarifs spéciaux appliqués par le praticien en raison de titres ou d'une situation personnelle particuliers ;*

c) *nature de l'activité exercée (médecine générale, chirurgie, autre spécialité) ;*

d) *activité administrative (hôpitaux, services publics, chemins de fer, etc...) et services réguliers assurés moyennant rémunération par des collectivités privées (assurances, etc...) ;*

e) *montant des recettes brutes pendant l'année considérée.*

Au vu de ces documents, et des divers renseignements en sa possession, le Contrôleur des Contributions directes déterminerait un revenu professionnel forfaitaire net, après s'être concerté avec un représentant qualifié du Collège départemental de l'Ordre des médecins.

En cas d'acceptation du forfait, ce dernier demeurerait valable pour une période de deux ans renouvelable par tacite reconduction, mais serait susceptible de dénonciation, soit par le contribuable dans le délai normal de déclaration (trois premiers mois de l'année), soit par le Contrôleur dans les deux mois suivant l'expiration de ce délai.

Il est bien entendu, comme le fait ressortir le Secrétaire d'Etat, que le forfait ne sera jamais obligatoire, et que le médecin conservera toujours le droit d'opter pour le système du *bénéfice réel*, dont les caractéristiques projetées sont les suivantes :

« 1° *production, dans les mêmes conditions que cidessus, de la déclaration annuelle de revenus et de la déclaration des conditions d'exercice de la profession, cette dernière énonçant toutefois, à titre de précisions complémentaires, la nature et le montant des frais professionnels pendant l'année considérée ainsi que les éléments permettant d'apprécier l'importance de la clientèle : nombre d'actes médicaux, d'interventions en clinique, de certificats délivrés, etc... ;*

2° *production, sur sa demande, au Contrôleur, du livre-journal présentant le détail des recettes professionnelles, tel qu'il est prévu par l'article 87 au Code général des Impôts directs.*

3° *tenue et production, dans les mêmes conditions, d'une comptabilité des dépenses professionnelles.*

Au vu des déclarations, vérifiées à l'aide des données en sa possession, et au besoin du livre-journal et de la comptabilité des dépenses, le Contrôleur déterminerait la base de l'imposition. En cas de désaccord cette base serait soumise, si le contribuable en exprimait le désir, à l'avis d'un préconciliateur *désigné par le Conseil régional de l'Ordre des médecins. En cas de désaccord persistant, elle serait arrêtée par la Commission départementale des impôts directs, qui, pour la circonstance, comprendrait quatre membres désignés par le Conseil régional de l'Ordre.*

Il serait entendu que le système ainsi décrit serait mis en application avec le patronage du département de la Santé, et le concours de l'Ordre des médecins. En contrepartie, M. le Ministre, Secrétaire d'Etat aux Finances, accepterait, sur d'autres plans, les aménagements ci-après :

a) *suppression, à dater du 1er janvier 1943, de l'obligation de délivrer reçu ;*

b) *renonciation à l'inscription sur les feuilles de maladie des Assurances sociales des honoraires effectivement payés par les assurés ;*

c) *institution, pour les professions libérales, à compter de la mise en vigueur de la réforme des impôts cédulaires, d'un taux intermédiaire entre celui des professions industrielles et commerciales et celui des traitements et salaires ;*

d) *lors de la mise en vigueur du nouveau tarif des patentes actuellement à l'étude, allègement des droits applicables aux médecins, chirurgiens et dentistes.*

Cet allègement revêtirait un double aspect :

— d'une part, le montant des droits pour les professions de médecin, de chirurgien et de chirurgien-dentiste serait fixé de telle manière que — toutes choses égales d'ailleurs — il en résulte dans la généralité des cas, une diminution de la patente imposée à ces praticiens (étant précisé cependant que certaines cotes individuelles pourront — exceptionnellement — ne pas bénéficier de cette diminution en raison soit du nombre des salariés dont les intéressés utilisent le concours, soit des variations du centime-le-franc suivant les localités) ;

— d'autre part, une réduction de moitié du droit fixe serait prévue en faveur des débutants (pour les trois premières années d'exercice de la profession) et pour les praticiens âgés de plus de soixante-dix ans ».

Le Secrétaire d'Etat exprime sa conviction que le régime proposé ne pourra que donner satisfaction au Corps médical. En premier lieu, le choix laissé aux praticiens sauvegardera entièrement la liberté de chacun. Enfin, si le régime du bénéfice réel comporte un appareil comptable assez complexe (comptabilité des recettes et dépenses, du nombre d'actes pratiqués etc...) et une controverse possible avec le Contrôleur, par contre, le système du forfait apparaît d'une simplicité et d'une sobriété de lignes qui le rendent particulièrement adapté aux exigences de la profession médicale. Certes, il est possible que le système du forfait arrive dans certains cas à élever légèrement le montant de l'impôt payé par les médecins.

« *Mais tout se paye, même la négligence, dit à ce propos le secrétaire d'Etat. La France paye assez cher la paix ; les médecins peuvent aussi payer leur tranquillité et leur désir de ne pas s'astreindre à une comptabilité qui n'est ni dans leurs habitudes ni dans les usages de la profession médicale* ». (Applaudissements)

Il faut noter, d'autre part, que le régime du bénéfice réel rétablirait l'ancienne pratique de la *préconciliation*, effectuée par un membre qualifié désigné par le Conseil de l'Ordre. Ce système, expérimenté il y a plusieurs années, avait alors donné toute satisfaction. En cas d'échec de la préconciliation, le bénéfice réel taxable serait fixé par la Commission de taxation composée de neuf membres, dont quatre représentants du Conseil de l'Ordre.

Le Secrétaire d'Etat s'étend alors longuement sur la question *préconciliation*, qu'il a lui-même employée avec succès dans plus de cent affaires, comme président de Syndicat départemental. Il estime que ce système, s'il est pratiqué avec foi et avec le constant souci de servir la collectivité et la profession, peut amener une solution favorable dans l'immense majorité des affaires.

« *Lorsqu'un rapport de préconciliation, dit-il, est rédigé après une conversation longue et sérieuse avec le confrère intéressé, vous arrivez toujours à une conclusion telle que la conviction du Contrôleur est entraînée dans votre sens. Dans vos conseils de l'Ordre, le préconciliateur sera le médecin que vous jugerez le plus qualifié, car il représentera l'intéressé devant le Contrôleur et aura en quelque sorte sa signature. En demandant cela, j'ai eu l'intention de pratiquer la politique de la responsabilité et de la présence partout. A vous tous, qui êtes des chefs, je dis qu'il faut que les médecins ne refusent aucune tâche qui puisse servir la collectivité médicale* ». (Murmures d'approbation).

Le Secrétaire d'Etat fait ensuite rapidement le point des résultats ainsi obtenus : du carnet de reçus,

du livre-journal nominatif, de l'inscription des honoraires sur les feuilles d'Assurances sociales, il ne sera plus jamais question. D'autre part, les médecins étant désormais taxés de façon plus juste et plus exactement en rapport avec leurs revenus professionnels réels, le ministre des Finances envisagerait en leur faveur deux compensations dont il ne faut pas négliger l'importance : *abaissement substantiel du taux de l'impôt cédulaire, et allègement net de la patente.*

Enfin, le Secrétaire d'Etat précise qu'il a engagé des tractations en vue de supprimer l'obligation pour les contribuables de déclarer le chiffre des honoraires versés à leurs médecins traitants. Outre que cette mesure ne peut être qu'absolument inefficiente dans la très grande majorité des cas, il estime surtout qu'elle constitue un mode de dénonciation extrêmement vexatoire à l'égard du Corps médical.

En résumé, le secrétaire d'Etat désirerait que ses confrères retiennent combien ont été âpres et difficiles les tractations entreprises à ce sujet. Il se félicite d'avoir obtenu la suppression dans la fiscalité médicale de tout ce que celle-ci pouvait avoir d'avilissant pour la profession et de contraire aux principes de la Charte médicale. (*Applaudissements*).

3° Les allocations familiales

Le Secrétaire d'Etat expose ensuite qu'il s'est préoccupé d'apporter certains aménagements au fonctionnement des allocations familiales dans les professions médicales.

Le décret-loi du 29 juillet 1939 a rendu les allocations familiales obligatoires pour les travailleurs indépendants. Il en résulte qu'à l'heure actuelle toute personne ayant une activité commerciale, industrielle, libérale ou artisanale, doit obligatoirement s'affilier à une Caisse de compensation. Les allocations familiales dans les professions médicales ne sont donc qu'une simple branche de la question générale des allocations familiales dans la Nation.

Pratiquement, les allocations familiales fonctionnent de la façon suivante :

— *adhésion* : tout praticien exerçant la médecine doit être affilié à une Caisse de compensation. La Caisse habilitée pour recevoir les adhésions des médecins est la *Caisse d'allocations familiales des professions médicales*, 66, rue de la Chaussée-d'Antin, à Paris. Toutefois, les médecins employant habituellement un personnel technique (infirmières, etc...) conservent la faculté de se faire inscrire, tant pour eux mêmes que pour leurs employés, à une Caisse interprofessionnelle départementale ;

— *cotisations* : Les cotisations perçues par la Caisse sont destinées uniquement au versement des allocations familiales, compte tenu des frais généraux. Le mode de répartition et le montant de la cotisation sont déterminés par le Conseil d'administration de la Caisse. Les revenus professionnels exacts de chaque médecin étant difficiles à connaître, la Caisse des professions médicales a cru devoir baser la cotisation non sur le revenu réel, mais sur le salaire départemental moyen. Le taux adopté a été de 10 % à dater du 1er janvier 1941. C'est ainsi qu'à Paris, le salaire départemental moyen étant de 1.700 francs, la cotisation s'élève à l'heure actuelle à 170 francs par mois ; dans le département des Landes au contraire, où le salaire départemental rural moyen n'est que de 900 francs, la cotisation ne dépasse pas la somme de 90 francs par mois;

— *allocations* : les allocations familiales sont destinées à venir en aide aux familles ayant des enfants à charge. A l'heure actuelle, une famille de deux enfants a légalement droit à une allocation mensuelle égale à 10 % du salaire départemental moyen. Ce taux s'élève ensuite assez rapidement selon le nombre d'enfants.

A priori, *plusieurs griefs* pouvaient être faits au fonctionnement des allocations familiales dans les professions médicales.

1° *Assujettissement des médecins âgés* : les assujettis bénéficient d'exonération de cotisation dans les cas suivants :

— chefs de famille ayant élevé plus de quatre enfants jusqu'à l'âge de 14 ans ;

— chefs de famille dont le revenu professionnel a été l'année précédente inférieur à 50 % du salaire départemental moyen (cette mesure ne s'applique qu'exceptionnellement aux médecins ; pratiquement seuls les médecins nouvellement installés en bénéficient pendant leurs premières années d'exercice) ;

— ménages dont l'âge moyen dépasse 60 ans.

Aux termes de la législation, seuls les deux premiers cas d'exonération sont applicables aux membres des professions libérales. Il s'ensuit que les médecins n'appartenant pas à ces catégories continuent d'être assujettis aux allocations familiales quel que soit leur âge et tant qu'ils continuent à exercer ;

2° *Question de la surcompensation* : le décret-loi du 29 juillet 1939 prévoit la possibilité d'une surcompensation entre les Caisses d'allocations familiales. Cette surcompensation permet d'assurer aux Caisses les plus chargées d'enfants, l'aide financière de celles les moins chargées. Or, la profession médicale est incontestablement l'une de celles qui comprennent le plus d'enfants. Il était donc normal de chercher à étendre la surcompensation à notre profession ;

3° *Répartition des cotisations* : le système actuellement pratiqué par la Caisse des professions médicales est critiquable, puisqu'il ne tient aucun compte des revenus professionnels réels des assujettis. C'est ainsi qu'un médecin praticien n'ayant qu'une clientèle réduite paie une cotisation égale à celle de son voisin, le chirurgien à très grosse clientèle.

Dans ces divers domaines, le Secrétaire d'Etat est intervenu afin de faire cesser les inégalités constatées, et d'amener une meilleure répartition de la charge des allocations familiales. Les résultats suivants ont déjà été obtenus :

— après des tractations nombreuses avec les services intéressés, il a été décidé qu'à très bref délai les *médecins âgés de plus de 70 ans seraient exonérés de droit* de toutes cotisations. Il n'a malheureusement pas été possible d'abaisser pour l'instant l'âge d'exonération au-dessous de 70 ans, parce qu'une telle mesure serait financièrement beaucoup trop lourde, et que ses conséquences retomberaient finalement sur l'ensemble du Corps médical, dont la cotisation devrait être relevée.

— *Surcompensation* : une subvention de l'Etat sous forme d' « avance sur surcompensation » a été obtenue ; elle permettra d'abaisser les cotisations d'environ 1/3 ;

— *la répartition des cotisations* d'après le revenu professionnel réel est difficile, parce qu'il n'est malheureusement pas possible de se baser uniquement sur les déclarations des médecins. Cette question est toutefois activement étudiée ; il est probable qu'il sera sous peu possible de recourir à un système beaucoup plus juste, basé sur le classement des médecins en plusieurs catégories, d'après leur revenu professionnel estimable ;

— En outre, des tractations sont actuellement poursuivies pour obtenir de l'Etat *une subvention* supplémentaire à la Caisse des allocations familiales.

Ces diverses mesures, dont l'application est imminente, permettront de procéder à brève échéance à une meilleure répartition et à un allègement très net des cotisations supportées par les médecins.

4° Les médecins retenus en captivité

Le Docteur Grasset aborde ensuite le problème douloureux et difficile à résoudre des médecins retenus en captivité.

La Convention de Genève stipule que les membres du Service de santé ne doivent pas être faits prisonniers, parce que non combattants. Mais elle prévoit aussi qu'ils peuvent dans certains cas être retenus en captivité, afin de donner leurs soins à leurs camarades combattants prisonniers. C'est en se basant sur ce dernier point que les autorités allemandes retiennent encore un nombre important de nos confrères.

A ceux-ci nous devons toute notre sollicitude et tout notre appui, car, dans les circonstances très particulières de la dernière guerre, ce sont très souvent les mêmes qui ont été tout le temps en première ligne, et qui ont été faits prisonniers. Ainsi, une très grande inégalité de situation a été faite aux membres de notre profession. C'est pourquoi le Secrétariat d'Etat à la Santé s'est vivement préoccupé de la question des médecins retenus en captivité et a poursuivi un double effort :

— d'une part, dans la question de la *relève* ;

— d'autre part, dans la question de la *protection des droits des confrères retenus en captivité.*

Avant d'exposer l'action de son département, le Secrétaire d'Etat tient à rectifier une inexactitude assez couramment répandue : il faut bien préciser en effet que le seul département ministériel qualifié pour traiter la question de la relève est *le ministère de la Guerre*. Les médecins retenus en captivité sont en fait toujours sous les drapeaux. Ils sont donc des militaires et dépendent toujours de ce département ministériel.

La mise en pratique de la relève s'est jusqu'à ce jour heurtée à de nombreuses et vives difficultés.

La première tient à ce qu'il a fallu très longtemps, malgré les efforts de tous, pour dresser un état exact des médecins prisonniers. Le recensement dans les camps est impossible ; l'essai de recensement entrepris par le Conseil supérieur de l'Ordre par enquête auprès des Conseils départementaux, est encore incomplet. Néanmoins, d'après les dernières données obtenues par la Direction du Service de santé militaire, le Secrétaire d'Etat est à même de penser que 750 médecins environ sont actuellement retenus en captivité. Ce total se décomposerait de la façon suivante :

— médecins d'active et élèves du Service de santé militaire..................	140
— médecins de réserve..................	460
— médecins auxiliaires..................	150

Le Secrétaire d'Etat précise ensuite que la question de la relève fait encore l'objet de tractations entre le secrétariat d'Etat à la Guerre (Direction du Service de santé militaire) et les autorités allemandes compétentes, *et que son principe seul est acquis.* Certes, une relève partielle a déjà pu être entreprise : mais il n'en reste pas moins que la généralisation d'une telle mesure n'a encore fait l'objet d'aucune acceptation de principe des autorités compétentes.

Il est bien évident, rappelle le Secrétaire d'Etat, qu'au jour de la relève il appartiendra aux médecins militaires de partir *les premiers*, et que c'est à eux d'abord de soigner les militaires, *en quelque situation qu'ils se trouvent et en quelque lieu que ce soit.* (*Vifs applaudissements*). Mais l'application, même la plus large, de ce principe ne saurait suffire à la relève, car les effectifs du Corps de santé militaire sont insuffisants. D'après les éléments en sa possession, le Secrétaire d'Etat estime qu'il manquerait 200 médecins au moins pour assurer complètement la relève. Il serait donc de toute façon nécessaire de faire appel à des médecins civils ; dans ce but, il convient que les Conseils départementaux recherchent dès maintenant des volontaires, de préférence parmi les jeunes médecins non encore installés.

La question de la défense des intérêts des médecins retenus en captivité a également retenu l'attention des services officiels. A ce sujet, le Secrétaire d'Etat donne lecture d'une loi qui vient de recevoir la signature du Chef de l'Etat et va paraître incessamment au *Journal officiel*. Ce texte envisage avec précision à la fois l'aspect rural et l'aspect urbain du problème :

— *aspect rural* : création d'une circonscription réservée autour de la clientèle de chaque médecin retenu en captivité. Il sera interdit à tout nouveau médecin de s'installer à l'intérieur de cette circonscription, non seulement durant la captivité du titulaire, mais encore pendant les cinq années qui suivront son retour.

— *aspect urbain* : dans les villes, les Conseils de l'Ordre pourront inviter les médecins titulaires de plusieurs « fixes » à abandonner l'un d'eux en faveur d'un médecin rentré de captivité. Cette mesure permettra d'assurer à ces derniers, dès leur retour, un *minimum vital.*

D'autre part, une mesure spéciale a été prise en faveur des jeunes médecins non encore installés au moment des hostilités, qu'aucune mesure législative ne protégeait jusqu'alors, et qui se verront réserver par priorité les postes des médecins étrangers interdits en application de la loi du 22 novembre 1941.

Enfin, le Secrétaire d'Etat a obtenu qu'un nombre important de postes de médecins du Travail serait réservé aux confrères rentrés de captivité qui n'auraient pu retrouver une situation honorable.

5° Les médecins d'origine étrangère

Le Secrétaire d'Etat expose ensuite l'action de son département dans le domaine de l'application de la loi sur les médecins d'origine étrangère. Il donne lecture d'un état statistique, établi à la date du 11 août, dont nous extrayons les chiffres ci-après :

— nombre de demandes de dérogation aux lois des 16 août 1940 et 22 novembre 1941 (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) : 2.850, dont 1.853 médecins ;

— nombre d'affaires jugées à la date du 11 août 1942 : 1.788

dont	interdictions définitives d'exercer..	1.388
	autorisations définitives..........	400

Il convient toutefois de remarquer que certains médecins étrangers autorisés n'exerceront jamais, parce qu'israélites et touchés par le *numerus clausus* départemental.

Le Secrétaire d'Etat expose ensuite les grandes lignes de la politique qu'il a suivie à l'égard des praticiens d'origine étrangère. Sa doctrine en la matière a été l'*application intégrale de la loi*, ceci malgré les interventions diplomatiques dont les intéressés ont été l'objet. Il estime en effet que les étrangers hébergés en France et qui n'ont fait dans aucune des deux guerres leur devoir de combattant, ne doivent pas venir concurrencer sur le plan professionnel les praticiens français, dont la grande majorité sont des combattants. Il ne cache pas à l'Assemblée les difficultés rencontrées pour arriver à ce résultat. Tous les étrangers sont défendus âprement par leurs consulats et leurs ambassades, et des menaces de complications diplomatiques sont parfois venues s'ajouter à la délicatesse de sa mission. Malgré cela, il a formellement maintenu sa décision d'appliquer la loi.

à la lettre, et dans toute sa rigueur. (*Applaudissements vifs et prolongés*).

6° La retraite du médecin

Le Secrétaire d'Etat expose à l'Assemblée les difficultés rencontrées dans la création d'une retraite du médecin. Il ne faut pas se cacher en effet que le financement d'une telle institution demandera, en période de régime plein, une somme annuelle d'environ 120 millions de francs. S'il fallait couvrir une telle somme uniquement par la répartition, il faudrait demander à chaque médecin une cotisation voisine de 5.000 francs. Quant au système de la capitalisation, outre qu'il est extrêmement aléatoire dans la période actuelle, il ne pourrait produire d'effet que dans un temps assez éloigné.

Pour ces raisons, le secrétaire d'Etat estime que l'on ne devra faire jouer la retraite que progressivement. C'est ainsi, par exemple, qu'une somme de 10 millions de francs suffirait pour allouer une retraite annuelle de 12.000 francs à tous les médecins âgés de plus de 75 ans. Une telle mesure pourrait constituer une modalité de départ, le montant de la retraite et ses conditions d'attribution étant modifiées progressivement par la suite.

Il donne ensuite lecture d'un projet de loi qu'il vient d'élaborer à la suite des propositions qui lui ont été remises par le Conseil supérieur de l'Ordre, et dont les caractéristiques sont les suivantes :

1° tous les médecins exerçant effectivement leur art seraient tenus de s'affilier à une Caisse de « Prévoyance et d'entr'aide médicale », chargée de la gestion de la retraite ;

2° le financement serait assuré de la façon suivante :

a) cotisation annuelle obligatoire, sauf dans certains cas étudiés en accord entre l'Ordre des médecins et l'administration de la Caisse (médecins nouvellement installés, etc...) ;

b) timbre-certificat, exigible sur tous les certificats médicaux, et payé par le malade ;

c) dons, legs et subventions divers.

7° Le carburant

Le Secrétaire d'Etat donne ensuite aux médecins assemblés toutes les précisions utiles sur l'angoissant problème des carburants, qui préoccupe à juste titre tous les médecins et plus particulièrement les praticiens ruraux. Connaissant très bien les difficultés rencontrées par ces derniers, puisqu'il les a vécues lui-même il y a quelques mois encore, il s'est empressé d'exercer une action vigoureuse pour obtenir une amélioration de la dotation de carburant allouée au Corps médical.

Malheureusement, les effets de cette action se sont trouvés en partie masqués par la diminution progressive de la dotation nationale, qui a marqué ces temps derniers une forte tendance à la baisse. La France ne reçoit actuellement que 3 % de l'essence qu'elle consommait avant guerre ; l'addition, à cette faible quantité d'essence, de carburants de remplacement (alcool, etc...) permet d'obtenir une dotation nationale correspondant à peine à 10 % du carburant utilisé en 1939. Dans ces conditions, le Secrétaire d'Etat fait appel à la compréhension des médecins, car il est évident qu'il est impossible de leur assurer une dotation répondant réellement à leurs besoins.

D'autre part, une partie importante de la dotation nationale doit être réservée à l'agriculture, à la demande expresse des autorités d'occupation. Ainsi, la dotation nationale se trouve répartie en deux contingents :

— *un contingent agricole*, dont le montant est fixé par une décision indépendante de l'administration française, et qu'il est donc impossible de modifier ;

— *un second contingent*, comprenant toutes les attributions non agricoles : c'est dans ce dernier qu'est comprise la dotation médicale.

Malgré la diminution progressive de ce deuxième contingent, diminution qui s'est encore accentuée au cours des derniers mois en raison des événements extérieurs, il a été possible de maintenir jusqu'au mois d'août la dotation médicale à un niveau presque constant : c'est-à-dire que la dotation médicale a diminué *dans une proportion moindre que la dotation générale*, comme le montrent les chiffres suivants :

	Contingent national	Contingent du Corps médical	Valeur théorique qu'aurait dû avoir le contingent du Corps médical s'il avait évolué dans les mêmes proportions que le contingent national.
	mètres cubes	mètres cubes	
Janvier 1942	24.375	615	
Février 1942	24.375	600	
Mars 1942	28.250	610	
Avril 1942	23.030	425	
Mai 1942	22.730	**425**	400
Juin 1942	20.200	**445**	340
Juillet 1942	19.805	**450**	335
Août 1942	18.600	**425**	315

8° La carte T

Le Secrétaire d'Etat aborde ensuite la question de la carte T, réclamée avec tant d'insistance par une partie du Corps médical. Il précise que les demandes de ce dernier ont toujours été largement appuyées par son Administration, mais que seule la pénurie en produits de ravitaillement a empêché de réaliser l'extension demandée. Il sera d'ailleurs peut-être possible de reprendre cette question une fois complètement passée l'époque de la soudure.

Le Secrétaire d'Etat tient d'ailleurs à préciser qu'à son sens la questions de la carte T ne se pose pratiquement pas pour les médecins ruraux, dont l'alimentation est relativement facile par rapport à celle de leurs confrères des villes. La carte T ne donne d'ailleurs comme avantage supplémentaire *que 75 grammes de pain* : il doute que les praticiens ruraux ne bénéficient pas en fait d'avantages équivalents.

9° Médecins-pharmaciens et pro-pharmaciens

Le Secrétaire d'Etat tient enfin à préciser la position de son Administration dans la question de l'exercice de la pharmacie par les membres du Corps médical. A ce sujet, il faut séparer nettement la question des *médecins-pharmaciens bi-diplômés* de celle des *médecins pro-pharmaciens*, titulaires du seul diplôme de docteur en médecine.

La question *des médecins-pharmaciens bi-diplômés* n'a qu'une importance très relative, puisque les intéressés ne sont que 74 sur tout le territoire. La loi

du 11 septembre 1941 leur impose d'opter obligatoirement pour l'une des deux professions. Une Circulaire d'application, qui vient d'être élaborée par le secrétariat d'Etat à la Santé, leur donne un délai de six mois pour liquider leur officine dans le cas où ils opteraient pour l'exercice de la médecine. On peut donc considérer qu'à partir du 1er janvier 1943, la question des bi-diplômés sera close.

Celle des *médecins pro-pharmaciens* a également été envisagée avec le souci de respecter au maximum les situations acquises, et de préserver les droits respectifs des Corporations médicale et pharmaceutique. Une récente Circulaire d'application, établie par l'Administration de la Santé, prévoit que l'autorisation d'ouverture d'une pro-pharmacie pourra être donnée aux médecins exerçant dans des localités situées à plus de cinq kilomètres d'une officine. Ainsi, les habitants des communes rurales seront assurés de trouver au voisinage de leur domicile les médicaments essentiels ; les médecins pro-pharmaciens, de leur côté, verront leurs intérêts préservés.

10° La nouvelle corporation médicale

Le Secrétaire d'Etat termine son exposé par l'examen de la réforme qu'il a entreprise du statut de la Corporation, et précise qu'il l'a conçue dans un esprit essentiellement médical et confraternel.

« On a voulu, ajoute-t-il, transporter cette question sur le plan des passions. On a eu tort, car ce que nous devons servir actuellement les uns et les autres, c'est la Médecine française ».

En premier lieu, il rend hommage à l'effort accompli par les membres des Conseils de l'Ordre, qui ont poursuivi leur tâche difficile avec beaucoup de bonne volonté et avec le constant désir d'aboutir.

Toutefois, avant d'aborder l'analyse de la nouvelle réforme, le Secrétaire d'Etat tient à rendre sa juste valeur à l'œuvre accomplie par les *Syndicats médicaux,* qui avaient, dans leur ensemble, su acquérir une haute autorité morale. Les Syndicats ont réalisé une œuvre sociale importante, et apporté à la Corporation un patrimoine matériel et spirituel dont il est juste de tenir compte. A titre d'exemple, lorsqu'en 1928, fut étudiée et promulguée la loi sur les Assurances sociales, ils ne manquèrent pas de jouer un rôle prépondérant dans son élaboration et son application. Le Secrétaire d'Etat rappelle alors que lui même, en tant que président de Syndicat départemental, eut à intervenir à cette époque auprès des Pouvoirs publics, et que c'est son action déterminante qui entraîna l'inscription dans la loi des principes du libre choix et du tarif de responsabilité. L'action des Syndicats s'est fait sentir également dans l'extension des Caisses chirurgicales mutualistes, qui sont devenues un bienfait pour leurs adhérents et constituent la formule de mutualité la plus favorable aux intérêts médicaux.

Pendant la guerre, l'action des Syndicats ne fut pas moins efficace. Notamment, ils ont dû aménager aux côtés des Pouvoirs publics les réquisitions des médecins et intervenir dans les questions de médecins étrangers. Le Secrétaire d'Etat rappelle à ce sujet qu'après la défaite, il a vu passer dans son département plus de 120 médecins, qui tous ont été accueillis et conseillés confraternellement par l'ancien Syndicat. Une action aussi vaste et aussi fructueuse ne doit pas être mésestimée. (*Murmures d'approbation*).

Abordant alors la question de la réforme corporative, le Secrétaire d'Etat explique que ce qu'il a voulu avant tout, c'est doter les praticiens d'une organisation professionnelle parfaitement adaptée aux besoins de l'exercice de l'art médical.

Mais ce qu'il désire avec autant de force, c'est apaiser le Corps médical justement ému des faiblesses de son organisation corporative, et en quelque sorte « réconcilier les médecins avec le Gouvernement » :

« J'ai la fierté de dire, déclare le Secrétaire d'Etat, que les médecins sont tous derrière le Maréchal, et qu'ils représentent dans la Nation, un élément psychologique auquel ce dernier attache la plus grande importance. Je puis vous dire qu'il est convaincu de la haute qualité du rôle moral et social du médecin, parce que celui-ci demeure toujours le confident de ses malades, et qu'aucune profession libérale ne peut se targuer d'avoir autant d'autorité sur les familles ».

Rien ne saurait mieux montrer au Corps médical la place que les Pouvoirs publics entendent lui conserver dans le sein de la Nation.

La nouvelle loi s'efforcera donc de donner à chacun le rôle qu'impose une organisation logique. Ce qui a frappé le Secrétaire d'Etat dans les Conseils de l'Ordre, c'est que les conseillers, représentants de l'autorité et ayant une mission de qualité, étaient ravalés dans des besognes matérielles, fort utiles certes, mais dépourvues de grandeur. En un mot, et selon l'expression imagée d'un président de Conseil de l'Ordre : « les juges ne doivent pas distribuer de l'essence ». Cette phrase résume à son sens le vice profond de structure de l'Ordre actuel ; s'il est vrai que l'on a voulu mettre ces Conseils au pinacle, il ne fallait pas les charger de besognes de tous ordres.

Ces critiques, qui s'adressent aux Conseils de l'Ordre, ne s'adressent évidemment pas aux Conseillers. Le Secrétaire d'Etat rappelle qu'aucun d'eux n'a sollicité son mandat, et que cependant la bonne volonté de chacun a été totale. Les présidents et secrétaires généraux n'ont pas plus choisi leurs collaborateurs : il n'a donc pas été possible de créer des équipes, qui eussent apporté des conditions de travail meilleures. De cela, il a résulté des tâtonnements et des erreurs, aggravés encore par les difficultés de tous ordres que créent les circonstances actuelles : raréfaction de l'essence, multiplication des certificats médicaux ; en somme, toute une besogne peu propre à permettre aux Conseils d'effectuer un travail de qualité.

D'autre part, ces mêmes Conseils ont perdu, en raison du mode de nomination de leurs membres, le contact avec les praticiens, et cette interpénétration de pensées dont émanent les réalisations heureuses. Les praticiens se sont ainsi peu à peu cantonnés dans le domaine d'une médecine curative étriquée, ce qui va à l'encontre de la Renaissance française à laquelle le Maréchal attache tant de prix, et qui ne peut se faire que par la sélection des élites.

« Lorsque j'ai été appelé au Gouvernement, dit le Secrétaire d'Etat, je ne suis pas arrivé avec le désir de rétablir les Syndicats médicaux, mais avec celui de redonner à l'Ordre sa vraie place et sa véritable destination.

On m'a demandé de réaliser une œuvre logique et durable : je l'ai fait en toute bonne foi, avec l'expérience que j'avais des choses professionnelles et avec le désir ardent de réussir ».

La réforme apportée n'a d'ailleurs pas été l'œuvre du seul ministère de la Santé ; mais le Secrétaire d'Etat a pressenti et consulté à la fois le Conseil supérieur de l'Ordre et l'Académie de médecine, qui représentent tous deux une haute autorité morale et qui sont les conseillers naturels des Pouvoirs publics.

Il a également consulté le Conseil d'Etat. A ce sujet, il tient à apporter quelques précisions sur les circonstances qui ont motivé et précédé cette consul-

tation, certaines interprétations erronées en ayant dénaturé la portée réelle.

Il est d'usage que les textes de loi importants soient étudiés et approuvés par le Conseil d'Etat, qui constitue la plus haute autorité juridique du pays. En principe, les Ministres doivent défendre eux-mêmes leurs textes devant cette Assemblée ; dans la pratique cependant, c'est presque toujours un de leurs collaborateurs qui assiste à ces réunions et y défend le point de vue de l'Administration. Le Secrétaire d'Etat a cependant tenu à se rendre lui-même au Conseil d'Etat, en raison de l'importance de la réforme proposée, et il n'a fait en cela que renouer une tradition ancienne.

Le Secrétaire d'Etat dégage ensuite les grandes lignes du texte de loi organisant les professions médicale et dentaire, texte qui a reçu la signature du Maréchal et attend sa parution au *Journal officiel*. Ce texte, ajoute-t-il, « *n'est pas simplement le fruit de ma volonté, ni d'un aspect tendancieux de ma pensée ; mais il est le fruit de conversations entre les ministères intéressés, votre Conseil supérieur de l'Ordre et l'Académie de Médecine. En outre, il a été mis en forme juridique par le Conseil d'Etat* ».

En premier lieu, il a paru nécessaire de séparer sur le plan local les deux principes de base de la Corporation, que la précédente législation avait confondus : d'une part, l'*organisation professionnelle proprement dite*, chargée de toutes les attributions corporatives et assumant la défense et la gestion des intérêts de la profession ; d'autre part, l'*organisation juridictionnelle*, chargée de veiller à l'honneur et à la moralité de la profession. Du reste, les membres des Conseils de famille des anciens Syndicats n'étaient-ils pas choisis en dehors du Bureau ?

Si la nouvelle loi conserve l'actuelle notion d'un « Ordre professionnel » groupant l'ensemble des médecins et des praticiens de l'art dentaire, par contre elle crée, dans chaque département un « *Collège des médecins* » et un « *Collège des praticiens de l'art dentaire* », dotés des seules attributions corporatives. Le Secrétaire d'Etat rappelle à ce sujet que les « Collèges » ont constitué, à diverses époques de notre histoire, les groupements corporatifs des professions à caractère libéral. Ces « Collèges » seront administrés par des Conseils élus : ainsi les praticiens géreront-ils eux mêmes les intérêts matériels de leur profession.

Toutefois, à titre transitoire et pendant la durée des hostilités, il a paru nécessaire de recourir à une élection limitée, c'est-à-dire que seuls seront éligibles les médecins inscrits sur des listes établies par le Secrétaire d'Etat à la Santé, et qui comprendront quatre noms par siège à pourvoir.

Les attributions juridiques de la Corporation ont été transférées à des Assemblées régionales appelées « *Conseils régionaux de l'Ordre des médecins* ». Ainsi, les juges seront placés à l'avenir à un échelon géographique plus éloigné des contingences locales : ils y gagneront sûrement en indépendance et en sérénité. D'autre part, la moralité de la profession médicale intéressant l'Etat par la répercussion qu'elle peut avoir sur la santé publique, les Conseils régionaux de l'Ordre seront constitués par voie d'autorité, c'est-à-dire que leurs membres seront nommés par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

Au sommet de cette organisation se trouvera placé un *Conseil national de l'Ordre*, qui remettra en commun et appellera à collaborer les deux éléments corporatif et juridictionnel. C'est dans son sein que sera constituée la « *Chambre de discipline* », jugeant en appel les décisions des Conseils régionaux de l'Ordre.

Les membres du Conseil national seront élus à raison d'un par région sanitaire, à l'exception de la région parisienne qui comptera cinq représentants ; ce nombre étant justifié par l'importance numérique du Corps médical de cette région. En outre, il comprendra un représentant de l'Académie de Médecine et cinq membres choisis par cooptation par les autres membres du Conseil.

Ainsi, si l'on fait la part des quelques restrictions imposées par la situation actuelle, le Corps médical aura la « qualité majeure » et désignera librement ses représentants et ses chefs. C'est cette formule qui a paru représenter aux yeux du Secrétaire d'Etat l'image de la véritable corporation, majeure et évoluée.

Le Secrétaire d'Etat précise ensuite qu'il entend ne pas détruire d'un seul coup les organismes existants, et paralyser brusquement leur œuvre. En premier lieu, les Conseils actuels continueront à exercer leurs fonctions jusqu'aux premières élections, qui auront lieu aussitôt que possible, quoiqu'on ne puisse escompter les voir s'effectuer avant la fin de l'année. En outre les membres des Conseils actuels figureront vraisemblablement dans leur quasi-totalité sur les listes d'agrément qu'il sera amené à établir en application de la loi. A ce sujet, il exprime le souhait que le choix des médecins se porte dans une large mesure sur des praticiens ruraux. Ceux-ci, qui constituent la branche la plus nombreuse et la plus intéressante de la médecine, doivent être largement représentés dans les Conseils départementaux et au Conseil national.

Puis, l'heure s'avançant, le Secrétaire d'Etat lève la séance en s'exprimant ainsi :

« *Mes chers Confrères, laissez-moi vous dire en terminant combien je vous remercie de votre accueil si sympathique. Je suis touché du fait que, dans une réunion de cette qualité, vous ayez voulu mettre autant de bonne grâce et de cordialité.*

Je voudrais, en terminant, vous dire combien vous devez avoir foi dans les destinées de la médecine française. Malgré ses malheurs présents, la France demeure la Patrie de PASCAL, *de* DESCARTES, *de* PASTEUR *: vous savez ce que ces trois noms résument de bon sens, de pensée, et d'audace scientifique. Elle est aussi celle du Maréchal qui incarne tout ce qu'il y a de plus noble et de plus pur dans les traditions françaises. Tous les Français qui sentent cela doivent se grouper autour de lui.*

Je suis intimement convaincu que si nous réussissons à créer notre Corporation telle que je la conçois, nous aurons fait un acte de foi dans les destinées de la Patrie. Et je veux emporter d'ici la conviction que l'on ne fait pas appel en vain à votre conscience corporative ».

(*Applaudissements prolongés*).

La séance fut levée à 13 h. 05.

Au déjeuner qui suivit la réunion, trois toasts furent portés successivement :

— un par le Docteur GIROU, Président de l'Ordre du Cantal.

— un autre par le Professeur LERICHE.

— enfin par le Secrétaire d'Etat, qui évoqua de façon particulièrement émouvante la noble figure du Maréchal, dont l'arrivée providentielle au pouvoir redonna l'espérance aux Français accablés.

Le Secrétaire d'Etat termina en ces termes :

« *Vous tous qui êtes ici, croyants ou incroyants, pratiquants ou impies, vous ne pouvez pas ne pas reconnaître une vérité d'évidence dans cette formule qui ornait la tranche des écus de cent sous de notre enfance :* « DIEU PROTÈGE LA FRANCE ».

A TRAVERS L'OFFICIEL

Circulation automobile

Arrêté du 25 aout 1942 portant modification à l'article 9 de l'arrêté du 11 aout 1941 sur la circulation automobile.

Art. 1er. — L'article 9 de l'arrêté du 11 août 1941 est modifié comme il suit :

« Aucune autorisation de circuler ne peut être délivrée aux véhicules de tourisme ayant une puissance fiscale déclarée supérieure à 12 CV ».

(La suite de l'article sans changement).

Art. 2. — Les dispositions du présent arrêté entreront en vigueur un mois après sa publication au *Journal officiel.*

(*J. O.*, 1er septembre 1942).

N. D. L. R. — La puissance maxima fixée par l'arrêté du 11 août 1941 était de 14 CV.

Enseignement

Décret n° 2676 du 28 aout 1942 relatif à certaines catégories de candidats aux examens de l'enseignement supérieur.

Les prisonniers de guerre dont la captivité a duré six mois au moins après le 25 juin 1940, les mobilisés hospitalisés six mois au moins après cette date pour blessure de guerre, maladie contractée ou blessure reçue en service et les mobilisés présents sous les drapeaux le 3 juin 1941 et n'ayant passé aucun examen de l'enseignement supérieur entre le 25 juin 1940 et la date de leur démobilisation, bénéficieront, pour les examens de l'enseignement supérieur, notamment pour chacune des parties des baccalauréats et chacun des examens de fin d'année des facultés de médecine, de mesures spéciales.

Trois sessions spéciales seront tenues au cours de chaque année scolaire, sans qu'il soit exigé aucun temps de scolarité préalable.

Les candidats pourront prendre cumulativement toutes les inscriptions nécessaires.

La demande devra être faite au recteur dans le délai d'un an du jour de la démobilisation du retour de captivité ou du rapatriement, ou de la date du décret pour ceux actuellement démobilisés ou rapatriés.

Ces mesures entreront en application à partir du 1er janvier 1943.

(*J. O.*, 3 septembre 1942).

Décret n° 2677 du 28 aout 1942 relatif au régime des examens des facultés pour certaines catégories de candidats.

Pour les étudiants visés au décret analysé ci-dessus les dispositions en vigueur au 1er septembre 1939 concernant les conditions d'accès aux différentes facultés, les titres préalables exigés des candidats aux examens, les différentes catégories de « licences » obtenues dans les facultés des lettres et des sciences par des groupements de certificats d'études supérieures, leur sont applicables quelle que soit la date de leur rapatriement ou de leur démobilisation, à la condition d'en faire la demande au recteur et de fournir les justifications nécessaires dans le délai d'un an défini par le Décret analysé ci-dessus.

(*J. O.*, 3 septembre 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

Le forfait en matière de frais professionnels. — A propos de la nouvelle nomenclature. — Le tarif des accidents du travail s'applique-t-il aux masseurs ? — La carte sportive.

Nous avons dit dans notre dernier numéro, ce que nous pensions du forfait pour l'évaluation du revenu imposable du médecin. Les déclarations du Docteur Grasset, nous font connaître qu'il ne serait de toute manière institué qu'à titre facultatif ce qui en réduit les dangers.

L'on peut encore accepter cette méthode pour la détermination du *bénéfice*, c'est-à-dire d'une différence entre recettes et frais, car cette différence peut rester constante malgré la progression des deux termes, et peut même augmenter.

Au contraire, l'application du forfait pour l'évaluation des *frais professionnels* nous semble actuellement constituer une *erreur* que nous voulons dénoncer. Dans une période de hausse constante et importante des prix, il est impossible de prévoir, fut-ce six mois à l'avance, le montant des charges que supportera le praticien. Demander la fixation par voie réglementaire, donc sans souplesse et pour longtemps, d'un chiffre de frais déductible *en valeur absolue*, c'est peut-être faire un marché acceptable pour le présent immédiat, mais c'est *certainement*, faire un marché de dupes à brève échéance

Nous avons tenu à dire ici le peu d'enthousiasme que les projets exposés par le Conseil supérieur dans son dernier *Bulletin* nous paraisse susceptible de provoquer chez les praticiens.

***

Nous avons déjà donné quelques indications sur la contexture de la très prochaine nomenclature des actes professionnels. Apportons aujourd'hui quelques précisions complémentaires.

L'une des innovations essentielles est que la notion d'*acte global* comportant forfaitairement rémunération des aides et des soins post-opératoires pendant vingt jours est définitivement rejetée. Le principe est la rémunération à l'*acte isolé*.

Ce principe n'est pas sans soulever des objections, voir des protestations de la part de certains mutualistes. On craint qu'il ne conduise à des abus. A notre sens, il faut y voir au contraire un facteur de moralisation, en ce qu'il permet la suppression de la dichotomie. Honoraires du médecin et honoraires du chirurgien ou du spécialiste peuvent être décomptés et remboursés séparément. Tout caractère occulte disparaît.

Certes le forfait opératoire a l'avantage de la simplicité, mais tout forfait n'est qu'un compromis — donc une injustice. La nomenclature actuelle est en cela un progrès sur l'ancienne.

Bien entendu le cumul d'actes professionnels appelle dans certains cas, des règles spéciales de tarification. Tels sont les cas d'actes multiples pratiqués le même jour (actes de pratique médicale courante ou de petite chirurgie, actes affectés du même indicatif, électro-radiologie) ou encore d'actes successifs pratiqués au cours d'une même hospitalisation.

Nos abonnés trouveront ces règles en détail dans la nomenclature que nous leur enverrons sous peu.

***

Vieille question que celle de la tarification des soins donnés par les masseurs aux accidentés du travail. On sait que les masseurs ont revendiqué à plusieurs reprises l'application du tarif ministériel.

La Cour suprême vient de résoudre le problème, pour le passé, dans un récent arrêt du 24 février 1942. Rappelant le principe suivant lequel « toutes les dépenses nécessitées par le traitement du blessé doivent demeurer à la charge du chef d'entreprise », la Cour de cassation déclare cependant que le « tarif ministériel du 5 février 1932 ne s'applique qu'aux honoraires du médecin, et laisse hors de ses prévisions les différents moyens curatifs qui, ordonnés par le médecin ne sont pas mis en œuvre par lui ». Dans ces conditions, « il appartient aux juges du fond de fixer souverainement le montant des honoraires de massage ».

Cette question a perdu aujourd'hui toute son acuité. En effet, l'arrêté ministériel du 5 mai 1939, rendu en application de la loi du 1er juillet 1938, a résolu formellement le problème. Son article 32 fixe les honoraires dûs pour soins donnés par les infirmiers diplômés d'Etat (diplômes institués par les décrets des 27 juin 1922 et 8 février 1938) et notamment ceux concernant les séances de massage.

Reste cependant le cas des infirmiers et masseurs non diplômés. Il semble bien résulter de l'art. 4 de la loi de 1898, tel qu'il a été modifié par la loi du 1er juillet 1938, que ces auxiliaires médicaux ne peuvent prétendre à aucun honoraire de la part du chef d'entreprise. La question de tarification ne se pose donc pas.

***

Une loi du 20 décembre 1940, suivie de deux décrets récents d'application, a institué pour les membres des associations sportives une « carte sportive obligatoire ».

Cette carte entraîne pour ses titulaires une garantie contre les accidents dont ils pourraient être victimes ou auteurs.

En particulier, elle donne droit (pour les non assurés sociaux) au remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques, selon les tarifs officiels.

Bien entendu, il ne s'agit point là de dispositions opposables aux médecins. Comme il en allait autrefois à l'égard des assurances, le médecin n'a pas à s'occuper de ce remboursement et conserve le droit de s'entendre directement avec son client.

CORRESPONDANCE

3.531. — Assurances Sociales
Application du délai de 6 mois

Les Caisses d'Assurances sociales se permettent de refuser d'ouvrir une nouvelle période de six mois de soins à des malades soignés à nouveau pour la même maladie mais pour lesquels la Caisse n'avait pas réagi lorsque j'avais indiqué la guérison apparente peu avant ou peu après l'expiration des six mois de maladie, ces malades ayant attendu plus de deux mois pour rouvrir une nouvelle période de prestations et n'ayant pas été contre-visités par la Caisse après la déclaration de guérison apparente ?

Réponse

Les Caisses d'assurances sociales sont dans leur tort, si elles se comportent ainsi.

L'article 6 § 13 du décret-loi du 28 octobre 1935 dispose en effet que « lorsqu'il y a interruption de prestations pendant plus de deux mois, celles-ci peuvent être servies pendant un nouveau délai de six mois, si l'assuré a fait constater sur la feuille de maladie en cours au moment de l'interruption, la guérison apparente ou la fin de la période de maladie, et s'il en a avisé la Caisse dans les huit jours.

L'article 13 du règlement intérieur type des Caisses publié par arrêté ministériel du 30 janvier 1937, précise que lorsque la constatation de guérison apparente a été faite par le praticien traitant, l'assuré est tenu d'en aviser la Caisse dans la huitaine. Si la Caisse n'a pas, dans la quinzaine qui suit la réception de cet avis, notifié qu'elle contestait la réalité de la guérison, l'état de maladie est considéré comme terminé, pour l'application de l'article 6 § 12 du décret-loi du 28 octobre 1935. »

Par guérison apparente ou fin de la période de maladie, la jurisprudence entend le fait pour l'assuré de voir son affection passer par une période de stabilité lui permettant de se dispenser de soins médicaux et pharmaceutiques et de reprendre son travail.

Si donc toutes les conditions énumérées par les textes et la jurisprudence que nous venons de vous rappeler se trouvent réunies, c'est à tort que les Caisses, si elles n'ont pas contesté la guérison dans le délai de quinzaine qui leur était imparti, refusent ensuite de rouvrir droit aux prestations.

Vos clients victimes de ce refus pourraient traduire les Caisses devant la Commission d'arrondissement du domicile de ces Caisses par lettre recommandée adressée au Président de cette Commission au greffe du tribunal civil du ressort, dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la notification du refus des prestations.

3.641. — Automobilisme. Peut-on utiliser de l'huile graphitée pour un vélo-moteur ?

Pourriez-vous me faire savoir s'il n'y a aucun inconvénient à utliser de l'huile graphitée pour moteur Simca et vélo-moteur. Beaucoup d'usagers s'en plaignent.

Dr F.

Réponse

Il n'y a aucun inconvénient, au contraire, à utiliser de l'huile graphitée dans un moteur Simca et un vélomoteur, à la condition expresse, toutefois, que le graphite utilisé soit de bonne qualité.

On peut faire, pour s'en rendre compte, l'essai suivant :

Mélanger dans un flacon à une petite quantité d'huile la proportion de graphite indiquée. Abandonner le flacon au repos. Après huit et même quinze jours d'immobilité, l'huile doit être restée de même couleur en haut et en bas du flacon, et aucun dépôt ne doit s'être produit.

S'il en était autrement, le graphite devrait être rejeté.

Henri PETIT.



Gérant : J. MIGNON — **Nº d'autorisation : 77** et **Pa 692** Imp. THIRON & Cie, Clermont (Oise)

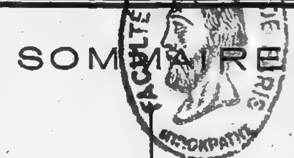
SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — Nº 39 — JEUDI 1er OCTOBRE 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66



SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Fondation Paul Marmottan** (19, rue d'Armaillé, Paris (XVII[e]). *Concours de chirurgien résident.* — Un concours sur titres pour la nomination à une place de chirurgien résident de la Fondation Paul-Marmottan sera ouvert le 22 octobre 1942. Inscriptions au Bureau du service de Santé, Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, Paris, du 5 au 14 octobre 1942.

— **Hôpital de Saint-Germain** (Seine-et-Oise). *Concours de médecin phtisiologue et d'ophtalmologiste.* — Des concours, pour une place de médecin phtisiologue et pour une place d'ophtalmologiste de l'hôpital de Saint-Germain, seront ouverts le 6 novembre et le 25 novembre 1942, à Paris. Inscriptions : du 12 au 22 octobre 1942, pour le premier concours, et du 2 au 12 novembre 1942, pour le second concours, à l'Administration de l'Assistance publique (Bureau du Service de santé), 3, avenue Victoria, Paris. Ecrire pour renseignements, à M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Paris, 1, avenue Victoria, Paris (IV[e]).

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants.................	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Hôpital-hospice de Melun** (Seine-et-Marne). *Concours de médecin et d'ophtalmologiste.* — Des concours pour une place de médecin chargé de la section de l'hospice et pour une place d'ophtalmologiste de l'hôpital de Melun, seront ouverts le 28 octobre 1942 et le 17 novembre 1942, à Paris. Inscriptions : du 1[er] au 12 octobre 1942, pour le premier concours, et du 22 octobre au 3 novembre 1942, pour le second concours, à l'Administration de l'Assistance publique (Bureau du Service de santé), 3, avenue Victoria, Paris. Pour renseignements concernant les obligations et les avantages des postes mis au concours, écrire à M. le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Paris, 1, avenue Victoria, Paris (IV[e]).

— **Hôpital de Melun** (Seine-et-Marne). *Internat.* — Un concours sur titres et sur épreuves aura lieu à l'hôpital de Melun, le 10 octobre 1942, pour la désignation de trois internes titulaires et suppléants.

Inscriptions (jusqu'au 5 octobre 1942) et renseignements à la Direction de l'hôpital.

— **Hôpital de Provins** (Seine-et-Marne). *Concours de chirurgien.* — Un concours pour la nomination à une place de chirurgien de l'hôpital de Provins sera ouvert le 29 octobre 1942, 3, avenue Victoria, à Paris. Les inscriptions seront reçues du 5 au 15 octobre 1942 à l'Administration de l'Assistance pblique à Paris (Bureau du Service de santé), 3, avenue Victoria. Pour renseignements complémentaires, écrire à M. le Directeur général de la Santé et de l'Assistance à Paris, 1, avenue Victoria, Paris (IV[e]).

— **Hôpitaux de Lille.** *Concours d'internat et d'externat* (services de la Faculté libre). — Des concours pour deux places d'interne titulaire, deux places d'externe en premier et huit places d'externe (services de la Faculté libre), s'ouvriront les 15 octobre et

22 octobre 1942, à l'hôpital de la Charité. S'inscrire à l'Administration des hospices de Lille, 41, rue de la Barre, à Lille, du 28 septembre au 8 octobre 1942.

— **Département du Calvados.** *Concours de médecin inspecteur scolaire.* — Un concours pour un poste de médecin inspecteur scolaire départemental est ouvert à la Préfecture du Calvados. Condition d'âge : 40 ans au plus. Traitement : de 33 à 47.000 francs. S'adresser à M. le médecin inspecteur de la Santé, 9, rue Saint-Laurent, à Caen.

— **Rouen.** *Assistance médicale gratuite.* — Un concours pour le recrutement de cinq médecins de dispensaires (assistance médicale gratuite) aura lieu le 21 janvier 1943, au siège de l'Administration, 2, rue de Germont, à Rouen.

— **Direction de la Santé publique au Maroc.** — La Direction de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse du Maroc dispose actuellement de postes vacants :

1° De *médecin d'Etat,* réservés aux docteurs en médecine âgés de moins de 30 ans, désireux d'entrer dans les cadres des médecins d'Etat. Traitements entre 33.000 et 60.000 francs ; majorations marocaines de 38 pour 100 ; indemnités de postes de 6.000 à 12.000 francs. Voyage d'arrivée payé, en 1re classe sur les paquebots. Indemnités d'installation.

2° De *médecins auxiliaires* du service médical de Méhalla Chérifiennes, réservés aux étudiants en médecine ayant vingt inscriptions validées. Recrutement par contrat pour un an ou deux ans ; traitement : 3.000 francs par mois ; voyage d'arrivée payé en 2e classe. Indemnité d'habillement. Prime de 4.000 francs à la fin de la 1re année ; prime de 12.000 francs à la fin de la 2e année.

3° D'*internes des hôpitaux* européens et indigènes du Maroc, réservés aux externes des hôpitaux nommés au concours dans une ville de Faculté, ayant 16 inscriptions validées. Recrutement par contrat pour un ou deux ans. Traitement : 1.500 francs par mois ; avantages en nature ; logement ; nourriture ; chauffage. Voyage d'arrivée au Maroc payé en 2e classe.

Pour tous renseignements, écrire à la Direction de la Santé, de la Famille et de la Jeunesse, à Rabat.

Groupement corporatif sanitaire français. — Les samedi 3 et dimanche 4 octobre prochain aura lieu le premier Congrès général. 84, rue de Grenelle, à Paris.

Les séances auront lieu le samedi à 15 heures, et le dimanche à 10 et à 15 heures.

Demander des cartes pour la réunion du dimanche au siège du Groupement, 2, rue de Penthièvre, Paris.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Marie-Claire BADINIER, quatrième enfant du Docteur P. Badinier (Chateaurenard, Loiret, 25 août 1942) ; de Marie-France ASTOR, quatrième enfant du Docteur Astor (Bailleau-le-Pin, Eure-et-Loir, 25 août 1942) ; de Jean-Paul JUVAUX, fils du Docteur Juvaux et de Madame Juvaux, née Martin, Docteur en médecine (Villemomble, Seine, 61, avenue du Général-Galliéni, 20 août 1942) ; de Martine CUVIER, cinquième enfant du Docteur Cuvier (Saint-Christophe, Indre-et-Loire, 11 août 1942) ; de Jean-Pierre MONTAGNE, deuxième enfant du Docteur Pierre Montagne (12, boulevard Saint-Michel, Paris, 13 août 1942) ; de Blandine QUÉRIAULT, troisième fille du Docteur André Quériault (Argenteuil, Seine-et-Oise) ; d'Elisabeth LE GAC, seconde fille du Docteur Paul Le Gac, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes (Rennes, 12, rue Anatole-Le-Braz, 10 août 1942) ; de Madeleine JOFFROY, fille du Docteur Joffroy et de Madame



le Docteur Alice Joffroy, et petite-fille du Docteur Henri Mignon, vice-président de la Mutualité familiale du Corps médical français (Lagny, 22 août 1942); de Maxime Cochemé, fils du Docteur Rémi Cochemé (Reims, 21, rue Cérès, 25 août 1942) ; de Michèle-Paule Vautrin, fille du Docteur René Vautrin (Clinique des mines de Briey, Meurthe-et-Moselle, 11 septembre 1942).

— **Fiançailles.** — Le Docteur et Madame Jules Martin, de Fourmies (Nord), sont heureux d'annoncer les fiançailles de leurs filles *Elisabeth*, avec M. Serge Potencier, industriel ; *Françoise*, avec M. Yannik Hiriart, élève officier à l'Ecole spéciale militaire de Saint-Cyr.

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage, célébré à Lavoncourt (Haute-Saône), le 23 août 1942, de M. Jacques Robert, élève de l'Ecole du Service de santé militaire, avec Mademoiselle Jacqueline Marquet, professeur.

Monsieur Jacques Robert est le fils du Docteur Robert, de Lavoncourt (Haute-Saône), et le frère des Docteurs Jean Robert, du Puy, et Bernard Robert, médecin de l'Ecole polytechnique à Lyon.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul Degrais, chef du Service de radiumthérapie au Centre anti-cancéreux de l'hôpital Necker, qui a succombé, victime du devoir professionnel et de son dévouement à la science, aux atteintes de la maladie des rayons.

— Nous apprenons le décès de M. Roger Norguet, chef des services administratifs de l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VII[e]). Il laisse de vifs regrets parmi les très nombreux confrères qui ont connu son zèle entièrement dévoué au Corps médical.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Pensions

Décret du 10 septembre 1942 relatif à l'application de la loi du 8 février 1942 modifiant l'art. 64 de la loi des pensions.

Ce décret réglemente la délivrance des soins gratuits aux pensionnés de guerre, dont le régime a été modifié par la loi du 8 février 1942 (« Concours médical », 12 avril 1942, p. 417). Il détermine tout d'abord les conditions d'établissement des listes de bénéficiaires et reproduit à peu de choses près les anciennes dispositions du décret du 25 octobre 1922, modifié par le décret du 22 septembre 1928. Toutefois, c'est dorénavant la Préfecture qui avise le maire de l'inscription sur les listes départementales.

Le régime des soins à domicile est fixé par les articles suivants :

CHAPITRE II

Soins au domicile

Art. 13. — Les pensionnés bénéficiaires de l'article 64, non hospitalisés, ont le libre choix du médecin, du chirurgien, du pharmacien, du chirurgien dentiste parmi ceux qui sont agréés. L'agrément et le retrait d'agrément sont prononcés par décision du secrétaire d'Etat chargé du secrétariat général des anciens combattants d'accord avec le secrétaire d'Etat à la Santé. Sont agréés en principe :

1° Les docteurs en médecine et les chirurgiens dentistes inscrits au tableau de l'Ordre ;

2° Les pharmaciens inscrits à la chambre départementale de la pharmacie,

à l'exception de ceux qui, à la date de publication du présent décret, se trouvaient exclus du droit de donner des soins ou de délivrer des médicaments en exécution des dispositions de l'article 102 de la loi de Finances du 19 décembre 1926 et du décret du 9 juin 1934.

Pour les territoires relevant du secrétariat d'Etat aux colonies, l'agrément et le retrait d'agrément sont prononcés par décision du chef de ces territoires.

L'art. 14 reproduit le même article du décret de 1922 sur la délivrance de la présentation et le domaine d'utilisation du carnet à souches.

Art. 15. — Le carnet comprend :

a) La couverture où sont portés tous renseignements administratifs et le diagnostic de l'infirmité ayant donné lieu à pension ;

b) Des souches, qui restent entre les mains du titulaire du carnet et sur lesquelles sont inscrites les prescriptions médicales ; lorsqu'un bénéficiaire demande le renouvellement d'un carnet épuisé, il en conserve les souches et remet la couverture à la mairie ;

c) Des feuilles d'ordonnances, sur lesquelles sont inscrits par le médecin les produits à délivrer, et, s'il y a lieu, les indications légales concernant les toxiques ;

d) Des bulletins de visite, sur lesquels le médecin note :

1° Les raisons d'ordre médical qui justifient son intervention ;

2° La nature des actes médicaux accomplis ;

3° Les frais de déplacement s'il y a lieu.

En cas de consultation entre médecins, chacun d'eux détache une de ces fiches sur laquelle il porte la mention : « consultation avec le docteur X... ».

Les bulletins de visite doivent être détachés du carnet par le médecin, les feuilles d'ordonnance par le pharmacien. Ils constituent les notes justificatives mises à l'appui des mémoires d'honoraires qui doivent être envoyés à la préfecture en fin de trimestre

Les feuilles et bulletins séparés du carnet ne doivent pas être acceptés par les praticiens ni présentés par eux en payement

Art. 16. — Les médecins inscrivent eux-mêmes de façon lisible leur nom, leur adresse, la date de délivrance et , le cas échéant, la mention de leur spécialité sur les souches, feuilles d'ordonnance et bulletins de visite. Le pharmacien procède de même sur la feuille d'ordonnance.

Art. 17. — Lorsqu'il est procédé à une visite au domicile du malade, le bulletin doit faire connaître les motifs qui ont empêché l'intéressé de se rendre chez le médecin.

Art. 18. — Quand un médecin voit un malade pour la première fois, il envoie immédiatement à la préfecture une lettre, écrite sur son papier à en-tête, reproduisant les indications du bulletin de visite et indiquant très lisiblement le nom et l'adresse du mutilé.

Les mêmes prescriptions sont applicables chaque fois qu'un malade change de médecin, c'est-à-dire chaque fois que le médecin constate, en établissant son bulletin de visite, que la souche précédente ne porte pas sa propre signature.

Art. 19. — Lorsqu'au cours du traitement, le médecin traitant estime nécessaire soit une consultation avec un autre médecin, soit l'intervention d'un spécialiste, soit un examen radiologique ou de laboratoire, soit une série de plus de cinq interventions à tarif spécial, il doit, préalablement, en donner avis à la préfecture.

Aucune opération mutilante ou de grande chirurgie ne peut être faite, sauf le cas d'urgence, qu'après avis donné, six jours à l'avance, à la préfecture.

En cas d'urgence, les avis prévus au présent article doivent être adressés au plus tard dans les quarante-huit heures qui suivent l'acte médical.

L'art. 20 étend aux chirurgiens dentistes les prescriptions qui précèdent.

Art. 21. — Les prescriptions pharmaceutiques doivent être effectuées en principe dans les quarante-huit heures qui suivent la délivrance de l'ordonnance.

Art. 22. — Les remboursements afférents aux soins à domicile sont mandatés exclusivement aux médecins, pharmaciens et chirurgiens dentistes sur présentation de mémoires trimestriels.

Seul le praticien régulièrement choisi par le malade est habilité à établir et à signer les pièces comptables (bulletins de visite, feuilles d'ordonnances et mémoires).

Les mémoires sont établis sous forme de bordereaux récapitulatifs en deux exemplaires auxquels sont annexés, selon le cas, soit les bulletins de consultation ou de visite, soit les feuilles d'ordonnance, classés par malade.

Ils doivent parvenir à la préfecture dans un délai maximum de quinze jours suivant l'expiration du trimestre ; passé ce délai le retard peut entraîner une retenue calculée, après tous redressements nécessaires, à raison de 5 p. 100 par mois de retard, sur le montant de la somme arrtêée, sans pouvoir toutefois excéder 25 p. 100 de ladite somme.

CHAPITRE III

Soins hospitaliers

Art. 23. — En cas d'accidents ou complications de l'infirmité pensionnée, nécessitant des soins hospitaliers, les bénéficiaires du présent décret peuvent être admis soit dans l'hôpital public approprié le plus voisin de leur domicile, soit dans l'établissement privé choisi par eux sur la liste des établissements privés agréés.

. . . .

Art. 25. — Le Secrétaire d'Etat, chargé du Secrétariat général des anciens combattants, après accord du Secrétaire d'Etat à la Santé, établit annuellement la liste des établissement agréés et prononce les radiations. Il peut déléguer aux préfets les pouvoirs de décision prévus par le présent article, mais la décision n'intervient qu'après accord du directeur régional de la Santé et de l'Assistance.

. . . .

Art. 27. — Si l'hospitalisation est jugée nécessaire, le médecin traitant doit le certifier par une lettre d'avis, écrite sur son papier à en-tête, reproduisant les indications du bulletin de visite et adressée six jours à l'avance à la préfecture, sauf les cas d'urgence prévus à l'article suivant.

Le bulletin de visite et la lettre d'avis doivent toujours spécifier la nature de l'affection qui nécessite l'hospitalisation et désigner l'établissement public ou privé choisi par le malade.

Quand un malade demande à être traité soit dans un établissement privé, soit dans un hôpital public, autre que celui de sa région, il convient de joindre à la lettre d'avis adressée à la préfecture une déclaration par laquelle l'établissement en cause accepte de recevoir le malade.

Le préfet décide, après avoir pris, s'il y a lieu, l'avis du médecin secrétaire de la Commission départe-

mentale de contrôle et de surveillance des soins gratuits.

Les bénéficiaires du présent décret sont soumis durant leur séjour au règlement de l'établissement où ils sont hospitalisés.

Art. 28. — En cas d'urgence motivée, il est procédé à l'hospitalisation. Le médecin traitant justifie l'hospitalisation d'urgence, en adressant sans délai, à la préfecture, une lettre rédigée sur papier à en-tête, mentionnant les nom et adresse du mutilé, les indications du bulletin de visite.

L'établissement public ou privé qui reçoit le malade avise immédiatement la préfecture, et si le bénéficiaire est inscrit dans un autre département, la préfecture du lieu d'inscription.

Ces dispositions ne sont pas applicables au placement en sanatorium.

En fin de trimestre, le médecin signale sur son mémoire d'honoraires la date d'envoi des lettres d'avis expédiée dans les conditions prévues au présent article et à l'article précédent.

Il est prévu par ailleurs (art. 32) que, dans les établissements privés agréés, les frais des interventions à tarif spécial seront payés par l'Etat selon le tarif interministériel. Toutefois, si un contrat est intervenu entre l'établissement et le département ou la commune, le prix de journée prévu audit contrat est seul applicable. En certains cas, il ne peut être réclamé aux intéressés de complément d'honoraires ou de frais de séjour à quelque titre que ce soit.

Les chapitres IV et V du décret règlementent l'organisation et le fonctionnement du contrôle et des juridictions. L'innovation principale consiste dans l'institution d'un service départemental des soins gratuits placé sous l'autorité du préfet auquel revient les anciennes attributions administratives des Commissions départementales (réception, vérifications, mandatement des mémoire , etc.). Ces Commissions subsistent avec quatre membres délibératifs dont deux représentants du Corps médical proposés par l'Ordre au Préfet, l'un faisant fonction de secrétaire. Elles ont un rôle de surveillance et de contrôle technique. Ce contrôle peut être fait sur place et en cas de nécessité de manière inopinée. Elles peuvent comme autrefois, d'office ou sur demande opérer tout redressement ou abattement, et prononcer des peines d'exclusion.

La Commission supérieure comprend six membres délibératifs dont trois représentants du Corps médical proposés par le Conseil supérieur du ministre des Pensions. L'un d'eux fait fonction de secrétaire. Cette Commission conserve ses fonctions d'appel et son rôle consultatif auprès du Ministre.

La procédure reste la même qu'autrefois : les mémoires sont examinés en premier lieu par l'Administration préfectorale. S'il y a contestation le dossier est déféré à la Commission départementale, soit par le Préfet, soit par le médecin qui dispose à cette fin d'un délai de deux mois. Il n'y a pas lieu a paiement lorsque les formalités substantielles prévues par les articles 16, 17, 18, 19, 27 et 28 n'ont pas été observées. *Les droits de la défense sont sauvegardés par l'art. 54 qui reproduit l'ancien art. 57 du décret de 1922. L'appel devant la Commission supérieure peut avoir lieu dans les deux mois. Un recours devant le Conseil d'Etat est prévu en cas de vice de forme incompétence ou violation de la loi.*

Un arrêté minisétriel fixera le nouveau tarif. Le décret de 1922 est d'ores et déjà abrogé.

(*J. O.*, 17 septembre 1942).

Voir la suite page XIV-798



PARTIE SCIENTIFIQUE

CLINIQUE CHIRURGICALE

SYPHILIS DU TESTICULE

Par M. J.-P. Tourneux

Chirurgien-chef des Hôpitaux de Toulouse

Je vais vous entretenir aujourd'hui de la syphilis acquise du testicule, affection relativement rare et que l'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans les services de chirurgie ; je tiens donc à profiter de ce que le hasard de la clinique a conduit dans nos salles un malade atteint de cette affection pour l'étudier avec vous.

Il s'agit d'un homme âgé de 55 ans, journaliste, qui nous a été adressé, il y a une quinzaine de jours, par un de nos confrères avec le diagnostic de tumeur maligne du testicule. Ses antécédents héréditaires et consanguins n'offrent aucun intérêt : comme antécédents personnels, il a eu la variole dans son enfance, à 17 ans, une blennorragie compliquée d'épididymite et, à 45 ans, une congestion pulmonaire. Enfin, il nous a avoué que vers 23 ans, il a été atteint d'un chancre induré siégeant sur la région antérieure du gland : ce chancre, malgré un traitement des plus fantaisistes, ne tarda pas à disparaître rapidement et ne laissa comme traces de son passage que des céphalées assez fréquentes et très douloureuses. Notre sujet est marié, père de deux enfants vivants et sa femme n'a jamais présenté aucun accident.

Il y a six mois environ que notre malade, jusqu'alors en excellente santé, s'est aperçu que son testicule droit augmentait de volume et devenait sensible à la pression. Sur les conseils de son médecin, il fit usage d'un suspensoir ainsi que d'applications d'onguent napolitain belladoné. Puis, comme l'état local, loin de s'améliorer, allait en s'aggravant, on institua un traitement anti-syphilitique par des préparations arsénicales et bismuthées. Il y a six semaines que, sur la face antéro-externe du scrotum droit, est apparue une petite plaie de couleur gris jaunâtre, laissant échapper une bouillie puriforme, et aux bords violacés et taillés à pic. Comme cette plaie ne cessait de s'accroître, en dépit d'un traitement ioduré, le médecin, qui soignait le malade, estima qu'il s'était trompé de diagnostic et qu'il s'agissait d'un cas de tumeur maligne justiciable d'un traitement chirurgical.

En examinant le sujet au moment de son hospitalisation, on constatait que toute la partie droite du scrotum se trouvait distendue et recouvrait un testicule très gros et très lourd : à sa partie antérieure existait une perte de substance, de forme assez irrégulière, d'une surface de deux centimètres carrés et occupés par un fongus superficiel très induré, de couleur gris-jaunâtre, encadré par un bourrelet violacé. Sur toute l'étendue du fongus, ainsi que dans la région avoisinante, le scrotum était adhérent aux plans profonds : dans les autres points, il glissait sur un testicule hypertrophié suivant tous ses diamètres, mais parfaitement lisse. La palpation était absolument indolore, elle révélait une tumeur assez grosse et très lourde, où l'épididyme ne pouvait être reconnu, dure, et présentait une consistance uniforme.

L'autre testicule était sain : il n'y avait aucun symptôme du côté des vésicules séminales, de l'urèthre, de la vessie et des reins, tous les autres appareils de l'économie fonctionnaient normalement.

En présence de ces divers symptômes et de la positivité des réactions sérologiques, je n'hésitai pas à porter le diagnostic de syphilis du testicule à la période tertiaire et, faisant état d'un fongus superficiel et de l'inefficacité du traitement spécifique, je conseillai l'ablation du testicule malade, qui fut pratiquée sans incidents.

La tumeur enlevée se présentait sous la forme d'une masse compacte du poids de 160 grammes, où testicule et épididyme, inclus dans une pachyvaginalite fibreuse, étaient devenus indistincts au milieu de cette gangue de néomembranes. Sur les coupes microscopiques, pratiquées en différents points, on ne voyait qu'un tissu très dense, grisâtre, résistant, montrant une infiltration conjonctive diffuse ayant entraîné l'atrophie complète, car il était impossible de retrouver la moindre trace du tissu testiculaire. Il s'agissait donc d'un cas de sclérose diffuse à l'état pur, forme assez rare.

La syphilis du testicule, dont vous avez pu observer un fort beau cas, individualisée par Benjamin Bell en 1802, est bien connue depuis les mémoires de Ricord, Kocher, Nélaton et Reclus. Alors qu'à la période secondaire, les lésions semblent se porter uniquement sur l'épididyme, le sarcocèle syphilitique se range parmi les accidents du tertiarisme. Il constitue même une manifestation précoce de cette période survenant ordinairement 2, 3 ou 4 années après l'apparition du chancre, et ce n'est que beaucoup plus rarement qu'on l'observe au cours de véroles plus vieilles, après les 8e 10e ou 15e années. Chez notre sujet, la lésion ne s'est manifestée qu'au bout de 22 années d'inoculation, ce qui est tout à fait exceptionnel.

Les traumatismes, la congestion, le surmenage génital, les inflammations antérieures de la glande et surtout les inflammations blennorragiques favoriseraient la localisation syphilitique : par contre, la bénignité ou la gravité de la maladie ne semble avoir aucune importance étiologique.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont celles d'une orchite scléro-gommeuse, c'est-à-

dire d'un testicule doublé ou triplé de volume, apparaissant à la coupe comme formé d'un tissu dur, criant sous le scalpel et donnant l'impression d'un tissu de fibrome plus ou moins parsemé de nodosités jaunâtres et molles, qui représentent des gommes.

Les lésions histologiques portent sur le tissu interstitiel, où se produit une infiltration conjonctive diffuse, d'abord embryonnaire, puis adulte, aboutissant à une transformation fibreuse et à une rétraction scléreuse, sur les vaisseaux dont les parois s'épaississent, et sur les tubes séminifères qui dégénèrent et finissent par être détruits sous l'envahissement progressif de la sclérose. Quant aux gommes, initialement formées d'un amas de cellules embryonnaires, elles peuvent évoluer de deux façons différentes : ou bien elles aboutissent à la transformation scléreuse ou bien la partie centrale du nodule, frappée directement par les produits toxiques du tréponème, se nécrose. La gomme se ramollit et se transforme en une masse bourbillonneuse qui s'enkyste ou s'évacue à l'extérieur, déterminant suivant sa situation dans le testicule un fongus superficiel ou profond, couvert ultérieurement de bourgeons charnus. Chez notre sujet, la plupart des gommes ont subi la transformation fibreuse, une seule située superficiellement au niveau de l'albuginée s'est nécrosée et s'est évacuée au dehors, mais le fongus superficiel qui en est résulté était de date trop récente pour avoir pu donner naissance à un bourgeonnement. L'épipidyme souvent intact, peut également, comme chez notre malade, être atteint : habituellement il existe au début de l'hydrocèle, qui se résorbe plus tard pendant que la vaginale s'épaissit.

Cliniquement, le début de l'orchite tertiaire est le plus souvent insidieux, exceptionnellement à type inflammatoire aigu : c'est le poids et le volume de la tumeur qui, au bout de quelque temps, attirent l'attention du malade. Dans les bourses augmentées de relief d'un côté se trouve un gros testicule, très lourd, ordinairement aplati transversalement en forme de galet, disposition qui ne se retrouve pas chez notre sujet. La tumeur est habituellement lisse, quelquefois parsemée de petits nodules ou blindée de plaques fibreuses épaissies : elle est dure, paraissant être en bois, suivant le mot de Fournier. Le canal déférent reste normal, mais l'épididyme peu perceptible, s'amincit et s'étale à la surface du testicule avec lequel il se confond ultérieurement. Pour la vaginale, après avoir été au début le siège d'un léger épanchement, elle s'épaissait et finit par faire corps avec la glande génitale, à laquelle elle adhère sur toute son étendue.

L'affection, complètement indolore, présente une marche très lente ; les lésions restées longtemps stationnaires aboutissent finalement, soit à l'atrophie testiculaire (haricocèle de Ricord), soit au ramollissement résultant de la fonte des gommes avec formation de fistules à bords épaissis, violacés, taillés à pic, siégeant sur la partie antérieure du scrotum, soit au fongus, superficiel ou profond, dans lequel les cavités résultant de l'ouverture des gommes se couvrent de bourgeons charnus évoluant sous la forme d'une masse de tissu rosé et friable, qui constitue un véritable champignon végétant à la surface du scrotum.

Dans les cas typiques, où le testicule très lourd et très dur affecte la forme classique de galet, le diagnostic ne présente pas de grandes difficultés ; mais il n'en est pas toujours ainsi, notre sujet en est un exemple, et l'on peut alors hésiter et se demander si on ne se trouve pas en présence d'une hématocèle de la vaginale ou d'un gros testicule tuberculeux, néoplasique ou syphilitique.

L'hématocèle, qui succède ordinairement à une hydrocèle, se présente sous la forme d'une tumeur ovoïde, lourde, de surface régulière, complètement indépendante du scrotum distendu, sillonné de grosses veines et offrant quelquefois un aspect ecchymotique ; enfin, il n'y a jamais de fistulisation, ni d'apparition de fongus.

Dans la tuberculose hypertrophique du testicule, l'épididyme est plus souvent et plus précocément atteint : il est bosselé, de consistance inégale avec tendance au ramollissement rapide. En outre, le canal déférent, les vésicules séminales, la vessie et la prostate peuvent présenter des lésions toujours absentes dans la syphilis.

Le néoplasme n'a pas la consistance ligneuse du sarcocèle syphilitique, son volume augmente progressivement, mais plus rapidement en s'accompagnant de douleurs, qui s'irradient en suivant le cordon, et de prise des ganglions lombaires. Le pincement de la vaginale et de l'épididyme permettront bien souvent de le différencier.

Toutefois, il ne faut pas vous dissimuler que, dans bien des cas, le diagnostic clinique demeurera hésitant, incertain malgré une exploration très attentive : les réactions sérologiques et au besoin la ponction exploratrice pourront alors vous éviter une erreur.

Le traitement spécifique par mercure, préparations arsénicales et bismuthées et par iodure de potassium à hautes doses, donne des résultats excellents et rapides au début de l'évolution, mais plus tard, lorsque la sclérose a fait son œuvre, il est impossible de rendre au testicule sa souplesse et sa fonction à jamais perdue. Il est classique de dire avec Reclus que lorsqu'il existe des fistules ou un fongus, l'iodure détermine une cicatrisation rapide des surfaces bourgeonnantes et fait lui-même l'autoplastie. Vous avez pu cependant constater qu'il est des cas, comme pour notre malade, où ce traitement demeure complètement inefficace : c'est alors à l'acte opératoire qu'il faut s'adresser, car seule la castration permettra, en supprimant le testicule complètement et définitivement dégénéré, d'assurer la guérison.



LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

POURQUOI L'OXYUROSE EST-ELLE SI REBELLE AU TRAITEMENT

d'après MM. Cl. LAUNAY et J. COTTET (1)

Le cycle de développement du parasite se complète dans la paroi intestinale du même hôte

L'oxyurose est, on le sait, de loin, la plus fréquente des parasitoses intestinales dans les pays de race blanche, tout au moins en ce qui concerne l'enfance. La thérapeutique habituelle consiste à combiner une médication buccale vermifuge avec des lavements, pour évacuer des œufs et des parasites, ainsi que des frictions anales mercurielles, pour exercer une action à la fois anti-prurigineuse et vermicide. Malheureusement, si les diverses méthodes ainsi réglées ont, presque toutes, à leur actif, un certain nombre de succès, de guérisons transitoires, leur action reste inconstante, et surtout elles ne mettent pas à l'abri des rechutes ; à cet égard, l'oxyurose de l'enfant semble la plus tenace.

La fréquence des rechutes reste le problème principal. Et, en cela, il ne semble pas que l'on puisse invoquer une question de « terrain individuel », ainsi que certains auteurs l'avaient pensé, en se rapportant au fait que tous les individus, soumis à la contamination des oxyures, n'en devenaient pas obligatoirement les hôtes, et que tous ceux qui, infestés, avaient été primitivement guéris, ne présentaient pas de rechutes.

Le mécanisme habituellement admis pour expliquer la rechute est celui de l'auto-infestation : les femelles pondant une partie de leurs œufs dans la région péri-anale, il s'ensuit un prurit intense qui conduit l'enfant à se gratter ; les ongles peuvent ainsi se charger d'œufs d'oxyures, et les enfants, en portant leurs doigts à leur bouche, particulièrement au moment où ils s'endorment, ou pendant leur sommeil, réintroduisent les œufs dans leur tube digestif.

Cependant, d'après les travaux récents de Penso, il n'est pas toujours nécessaire d'invoquer pareil mécanisme : les coupes sériées d'intestin prélevé sur des lièvres infestés avec « oxyurus ambigus », montrent, en effet, qu'il existe des œufs à l'intérieur même de la muqueuse intestinale. Cet auteur aurait même découvert des œufs d'oxyurus vermicularis dans la muqueuse d'appendices humains, d'où sa conclusion : « Les femelles des oxyures pénètrent soit dans la muqueuse de l'appendice, soit dans celle de l'intestin grêle pour y pondre leurs œufs. Aussi, le cycle de développement du parasite s'accomplit-il tout entier dans le même individu, mais dans des sièges différents : la phase adulte et la période d'accouplement dans la lumière intestinale ; la période de ponte et la phase embryonnaire, à partir de l'œuf, dans la paroi de l'intestin. La difficulté de traitement de l'oxyurose réside donc dans le fait que *les médicaments*, s'ils agissent sur les vers adultes présents dans la lumière intestinale, *n'agissent pas sur les œufs cachés dans la muqueuse.* Aussi la tenacité des infestations par les oxyures ne dépend-elle pas tant de la possibilité des auto-infestations que de la capacité particulière qu'ont les oxyures d'accomplir tout le cycle de leur développement dans l'intestin du même hôte ».

La dissémination et la persistance des œufs dans le milieu extérieur

D'autres travaux viennent de montrer à quel point les œufs d'oxyures sont capables de diffuser *loin de leur siège initial*, propageant la parasitose non seulement dans une même famille, mais dans une même classe d'école, voire dans un immeuble déterminé. On doit même, en présence de ces faits, se demander si le sujet débarrassé de ses oxyures ne reste pas menacé d'une récidive par la persistance, dans le local qu'il habite, d'œufs d'oxyures demeurés en sommeil.

Les œufs d'oxyures éliminés dans les matières fécales se desséchant, abandonnés à l'air libre, sont répandus par le vent, peut-être par les mouches. C'est ainsi que les fruits, les légumes peuvent être contaminés ; il en est de même des végétaux arrosés avec les eaux d'épandage. Disséminés ainsi, soit par les sujets parasités, soit par les aliments, soit même par le vent, les œufs d'oxyures ont été découverts par divers chercheurs dans les réduits les plus inattendus ; lames de parquet de certains logements ; maisons à oxyures.

Le sujet porteur d'oxyures peut également, avec ses doigts malpropres, souiller les aliments, nappes, vaisselle, et répandre ainsi ses parasites. Les œufs sont si ténus qu'ils passent parfois à travers les mailles les plus serrées des tissus ; il suffit de secouer légèrement, au dessus d'un carton, un petit sac d'étoffe contenant des œufs pour les retrouver ensuite ; ayant secoué un tel sac à bout de bras, un sujet avait même retrouvé plusieurs œufs dans ses propres narines. D'ailleurs, en passant à travers la trame des

(1) Essai d'un médicament contre l'oxyurose : le déhydrocholate de soude. Les bases biologiques du traitement de cette parasitose. (*Paris Médical* 30 novembre 1941).

étoffes, l'œuf d'oxyure entraîne souvent un minuscule brin de fil, qui lui sert de parachute et ralentit sa chute. Ainsi, la contamination par l'air serait fréquente. D'autre part, les parasitologues nous ayant appris que l'œuf se conservait indéfiniment à l'air, alors qu'il est assez rapidement détruit par l'eau, — on saisit toute l'importance de cette contamination par voie aérienne. « Comme l'œuf contient son embryon, *il n'y a pas besoin d'hôte intermédiaire pour le développement ultérieur* ».

Conclusions pratiques

« Ces divers faits, s'ils expliquent facilement la fréquence des rechutes et la possibilité de contaminations nouvelles chez un même sujet, ne manquent pas d'être assez décourageants pour le thérapeute ».

Pour éviter l'auto-infestation, il suffirait de prémunir l'enfant contre le grattage et d'isoler en quelque sorte la région anale par un vêtement approprié : caleçon ou pantalon bien fermé, ne pouvant être retiré facilement, et quotidiennement soumis à l'ébullition. Mais la connaissance du cycle intra-intestinal du parasite, la possibilité pour les œufs d'oxyures de vivre à l'intérieur de la muqueuse et d'y produire leurs embryons conduisent à contraindre le malade à répéter les cures médicamenteuses *un grand nombre de fois*, à recommencer en tous cas plusieurs mois la même thérapeutique, que l'on ferait coïncider avec les périodes de prurit. A cet égard, il est indispensable d'avoir recours à un produit non toxique et parfaitement toléré. Malheureusement, l'ignorance, où nous sommes de la durée maxima de survie des œufs d'oxyures dans la paroi intestinale, nous laisse incertains quant à la durée qu'il faudrait assigner au traitement.

Quant à la préservation contre des contaminations nouvelles provenant d'œufs disséminés dans le milieu extérieur, il faut noter son importance ; une des principales causes d'échec chez l'enfant paraît être, en effet, l'atteinte simultanée des divers membres de la famille ; il conviendrait donc de traiter en même temps tous les sujets contaminés d'une même famille. Enfin, les soins minutieux et quotidiens du corps, non seulement de la région anale, mais des ongles, des doigts et de toute la surface cutanée, ainsi qu'une hygiène ménagère rigoureuse paraissent, en plus de la chimiothérapie, des conditions nécessaires du succès.

G. Fischer.

LA CUTI-RÉACTION A LA TUBERCULINE ET L'ADMISSION DANS LES PRÉVENTORIUMS

Docteur J. Baillargé (de Rennes)
Diplomé de l'Institut d'hygiène de Paris
et de la clinique de la tuberculose
Médecin chef du préventorium de la Bouexière

Ce petit article est surtout motivé par un réglement sur l'admission dans les préventoriums, qui nous semble mériter quelques assouplissements.

Un décret du 17 juin 1938 précise que seuls les sujets à cuti-réactions positives pourront être admis dans ces établissements et il semble qu'à l'heure actuelle on ait tendance à l'appliquer dans un sens très étroit.

Médecin d'un préventorium d'enfants de 140 lits depuis plus de sept ans, nous avons pu nous convaincre qu'une interprétation aussi stricte conduisait à refuser certains enfants susceptibles cependant de bénéficier de la cure préventoriale, et nous pouvons affirmer que c'est également l'opinion de plusieurs de nos collègues.

Jusqu'à ces derniers mois nous avions admis chaque année une vingtaine d'enfants avec cuti-réaction négative en accord avec les médecins des dispensaires anti-tuberculeux.

Qu'avons-nous observé ?

Chez les deux tiers de ces enfants (65 % exactement) un virage de la cuti-réaction s'est produit au préventorium après un, deux ou trois mois de séjour.

Il s'agissait chaque fois d'enfants ayant été en contact chez eux avec des tuberculeux. Le personnel du préventorium étant soumis systématiquement tous les six mois à l'examen radiologique et ne comptant évidemment aucun tuberculeux, il est difficile de supposer, comme l'idée a pu en être émise, que le virage de la cuti-réaction était du à une contamination dans l'établissement. On est donc obligé de conclure que ces sujets au moment de leur admission n'étaient pas en état de défense et que l'allergie ne s'est produite qu'à échéance reculée.

Ajoutons d'ailleurs que certains d'entre eux présentaient une image radiologique en faveur d'une primo-infection : empâtement hilaire — adénopathies — petites calcifications para-hilaires, complexe primaire non calcifié, etc...

Ceci nous amène à dire après bien d'autres que la cuti-réaction isolée n'a pas de signification absolue, mais qu'elle n'a de valeur qu'associée à l'examen radiologique.

Est-il possible alors d'en faire un test absolu d'élimination de certains enfants candidats au préventorium ?

Un autre fait, que nous observons régulièrement depuis plusieurs années et qui expliquerait certaines divergences dans les conclusions à la suite des cuti-réactions, c'est ce que nous appellerons *la lenteur de la réaction.*

Contrairement à ce qui est admis théoriquement, à savoir que la cuti devient positive au bout de 12, 24 ou 36 heures, nous observons fréquemment, et encore plus depuis deux ans (qualité de la tuberculine ?), des réactions qui ne se produisent qu'au cinquième ou sixième jour. Nous les avons vérifiées chaque fois personnellement (et sur nous-même) ; il s'agit en général d'une papule rosée nettement délimitée, parfois d'un petit nodule induré siégeant très exactement à l'endroit où nous avons pratiqué la cuti et, comme nous recouvrons toutes les cuti d'un petit pansement, on ne saurait penser à une lésion provoquée par le grattage.


DÉSÉQUILIBRE
NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRÉNOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX·ÉMOTIVITÉ·INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
DOSES Moyennes par 24 Heures
1 à 3 cuillerées à café
ou 2 à 5 comprimés
ou 1 à 3 suppositoires
LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)

On peut se demander alors si les infirmières des dispensaires, qui sont bien obligées de fixer une date exacte pour la vérification de la cuti, peuvent se prononcer en connaissance de cause et si elles ne sont pas amenées à considérer comme négative une réaction qui sera positive deux jours après

Il y aurait là quelque chose d'assez grave si cette conclusion aboutissait à priver l'enfant de la cure, que ses antécédents, les contacts, l'examen radiologique avaient pu faire considérer comme nécessaire.

Dans le même ordre d'idées, signalons que la vérification de la cuti n'est pas toujours faite par une infirmière, mais que parfois le soin en est laissé aux parents, surtout à l'heure actuelle en raison des difficultés de communication. On s'explique alors comment certains enfants sont considérés comme non réagissants alors que huit jours après s'ils sont admis au préventorium une nouvelle cuti-réaction se montre positive.

Enfin un dernier fait mérite aussi que l'on statue avec une certaine prudence, c'est la vaccination au B. C. G.

Théoriquement le B. C. G. régulièrement administré doit donner une cuti-réaction positive, bien que depuis quelques années on soit d'accord pour considérer que ce soit loin d'être la règle.

Nous avons pu observer pour notre part (notamment en 1941) sur des groupes scolaires où 30 % des enfants avaient reçu le B. C. G. à la naissance, à un an et 3 ans, que 55 % d'entre eux seulement présentaient une cuti-réaction positive. Au préventorium même les enfants, que nous avons admis avec cuti-réaction négative les années précédentes, étaient souvent des vaccinés au B. C. G. Ne risque-t-on pas, alors lorsqu'un enfant trouve dans un milieu contaminé et présente une cuti négative, de lui refuser l'entrée au préventorium *d'autant plus qu'il a été vacciné au B. C. G.* ? Tel est en effet le raisonnement tenu trop souvent et qui prévaut parfois contre le résultat d'un examen radiologique qui, pour tout autre sujet serait considéré comme suspect.

Nous arrêterons là l'énumération de ces quelques constatations pratiques, nous ne citerons que pour mémoire le virage de la cuti-réaction en sens inverse, soit du stade positif au stade négatif et qui ne coïncide pas forcément avec une diminution de résistance ou une maladie anergisante. Quand on pratique des cuti-réaction en série, on constate en effet que les virages « au négatif » sans motif apparent sont assez fréquents. Tout le monde a pu le constater.

Nous dirons seulement pour conclure :

1° Lorsque un enfant est contaminé par le bacille de Koch le virage de la cuti-réaction est souvent tardif. Il n'est pas rare de le voir se produire après quatre ou cinq mois.

2° Il n'est pas possible d'affirmer qu'une cuti-réaction est négative si la papule ne s'est pas produite 36 heures après la scarification, l'expérience montrant qu'il faut attendre parfois quatre, cinq ou même six jours pour voir se produire la réaction.

3° Il n'est pas possible de faire de la cuti-réaction le seul critérium d'admission dans les préventoriums.

On risquerait alors d'éliminer des enfants contaminés et pour qui la cure est indispensable.

4° En s'en tenant à une application trop étroite du décret de 1938, on en arriverait à refuser l'entrée au préventorium à certains enfants contaminés, alors que le virage parfois tardif de leur cuti-réaction ne s'est pas encore produit, ce qui revient à dire qu'il faudrait attendre le moment où leur état s'est aggravé pour entreprendre le traitement.

Nous avons pu connaître, en effet, certains cas d'enfants, dont l'admission nous fut refusée pour obéir au fameux règlement et qui nous étaient adressés quelques mois plus tard avec une image radiologique déjà importante.

5° Enfin à une époque, où la sous-alimentation met les sujets en état de moindre résistance, faut-il laisser de côté des enfants pour qui le médecin de famille conseille une cure au préventorium, où ils trouveraient une alimentation rationnelle et qui reste encore très satisfaisante.

Nous sommes d'accord pour considérer que l'état « prétuberculeux » est impossible à définir, mais s'il existe des causes favorisantes de la maladie, est-il admissible que des enfants déficients, le plus souvent en contact (dans notre région la morbidité tuberculeuse augmente considérablement depuis deux ans) soient éliminés du préventorium sous le seul prétexte que leur cuti-réaction est encore négative et peut-être provisoirement ?

Nous entendons bien que, pour ces derniers, il existe des Aériums, mais c'est vrai surtout sur le papier à quelques exceptions près et nous demandons si, dans la période actuelle, l'application étroite de la règle est compatible avec une bonne prophylaxie sociale ?

ENDOCRINOTHÉRAPIE DES FIBROMES UTÉRINS

Dans les hémorragies du fibrome, on peut donner, disent le Professeur G. Jeanneney et G. Hirtz (1) :

Poudre de glande mammaire... 0 gr. 50

pour un cachet. Deux à quatre par jour.

Ou :

Extrait mammaire injectable..... 2 grammes de glande pour une injection intra-musculaire, chaque jour, pendant vingt jours.

Dans certains cas heureux (Vignes) la tumeur diminue de volume sous l'influence d'injections de lipoïdes mammaires correspondant à 5 grammes de glande fraîche (en une ampoule, une tous les deux ou trois jours) et surtout de :

Propionate de testostérone.. 10 milligrammes ; pour une ampoule. Une tous les deux jours, du huitième au vingt-cinquième jour du cycle.

Les livres qui viennent de paraître....

L'EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE,
23, rue du Cherche-Midi, Paris-VIe

Marcel POUMAILLOUX, médecin assistant de l'hôpital Laënnec. — **Le système réticulo-endothélial.** Un vol., 88 pages, 25 francs.

GALLIMARD, éditeur,

Henri VIGNES, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux de Paris. — **Hygiène de la grossesse.** Un vol. 256 pages. Prix : 45 francs.

Fichier DESFOUR
17, rue Ecole-de-Droit, Montpellier

Fiches de pratique médicale. MISE AU POINT 1942 (juillet 1942). Articles sur : Diabète infantile, rougeole, inspection des viandes, etc...

(1) G. JEANNENEY et G. HIRTZ. — *Formulaire endocrinologique du praticien.* Deuxième édition Doin, éditeur.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur la création de périmètres de protection sanitaire des sources hydro-minérales

(M. P. HARVIER ; 2-6-1942)

Sur rapport de M. Harvier, l'Académie vote un vœu demandant la création de périmètres de protection sanitaire, terrestre et atmosphérique, des sources hydrominérales et des stations climatiques.

Association entre ultra-virus : rage et lymphogranulomatose inguinale

(M. LEVADITI ; 2-6-1942)

M. Levaditi a montré récemment qu'inoculé à la souris par voie transcranienne, le virus herpétique associé à celui de la rage finit par supplanter celui-ci et en supprime l'activité négrigène (entrave à la formation des corps de Négri). L'auteur a étudié, du même point de vue, le comportement d'une association entre le virus rabique et l'ultra-germe de la lymphogranulomatose inguinale. Il n'a pas observé d'effet d'opposition de l'un des virus vis-à-vis de l'autre, l'affinité élective de ces deux virus ne se manifestant pas sur les mêmes cellules.

L'ensemble de ces constatations confirme l'hypothèse de l'auteur suivant laquelle, si l'on associe deux ultra-virus, le comportement varie selon que les deux ultra-virus ont ou non une affinité élective pour le même système cellulaire. Les ultra-germes continuent à vivre côte à côte dans l'encéphale, pendant de nombreux passages, s'ils se fixent sur deux systèmes cellulaires dissemblables par leurs fonctions et leur origine embryogénétique. Il en est ainsi pour l'association virus rabique et ultra-germe de la maladie de Nicolas-Favre, mais tel n'est plus le cas pour l'association herpès-rage.

Sur un sérum obtenu avec l'anavirus jennerien

(MM. G. RAMON, H. BÉNARD, P. BOQUET, R. RICHOU, Mlles TISSIER et RATNER ; 2-6-1942)

Immunisant des chevaux au moyen du virus jennerien virulent et au moyen du même virus modifié par le formol et la chaleur (anavirus), M. Ramon et ses collaborateurs ont obtenu des sérums doués de propriétés anti-infectieuses spécifiques, neutralisant *in vitro* les effets du virus de la vaccine. Ces sérums, en dehors de leur intérêt biologique, apparaissent susceptibles d'avoir des applications pratiques, par exemple leur emploi (l'emploi du sérum préparé à « l'anavirus » jennérien en particulier) dans le traitement des complications quelquefois observées après la vaccination jennérienne (éruptions étendues ou généralisées, encéphalite post-vaccinale, etc.) Ce moyen de traitement des accidents de l'encéphalite post-vaccinale offre des indications que l'avenir précisera.

Prématuration et régimes de restrictions alimentaires

(MM. ANDÉRODIAS et DE GRAILLY, de Bordeaux. — Présentation par M. ROUVILLOIS ; 2-6-1942)

D'après les documents recueillis par eux à la clinique obstétricale de Bordeaux, les auteurs ont cherché à établir quelle pouvait être l'influence des restrictions alimentaires actuelles sur la prématuration des nouveau-nés.

Les régimes de restrictions alimentaires des femmes durant leur grossesse n'ont pas paru comporter d'influence appréciable sur la proportion des prématurés, leurs décès des premiers jours, leur poids. Par contre, ayant étudié le sang d'une quarantaine de nouveau-nés, les auteurs ont constaté un certain nombre de particularités anormales hématologiques : une carence en fer, une diminution du nombre des leucocytes, parfois l'existence d'une certaine immaturation sanguine.

A propos des numérations globulaires chez les donneurs de sang

(MM. SUREAU et ANDRÉ. — Présentation par M. BINET ; 2-6-1942)

Avant l'année 1940, les numérations globulaires montraient que le chiffre des globules rouges se maintenait chez tous les donneurs de sang, d'une façon stable, au voisinage de 5 millions par millimètre cube. Depuis quelques mois, MM. Sureau et André ont souvent observé, chez ces sujets, des modifications du taux des hématies, qui a diminué de plusieurs centaines de mille, parfois d'un million et plus. Ces déficits globulaires paraissent se rapporter aux restrictions actuelles, surtout en albuminoïdes.

Il est difficile d'utiliser comme donneur habituel un sujet n'ayant qu'un taux de 4 millions de globules rouges par millimètre cube, et il résulte de ces faits une diminution sensible du nombre des donneurs. MM. Sureau et André proposent que des suppléments alimentaires plus importants — en particulier de viande — soient attribués aux donneurs habituels de sang.

Reproduction expérimentale d'un syndrome dû à la surcharge de l'organisme par le chlorure de sodium

(Mme DOBROVOLSKAÏA-ZAVADSKAÏA et M. MOMSIKOFF ; 9-6-1942)

Ce syndrome, observé par les auteurs chez plusieurs malades, a comporté les symptômes suivants : vertiges, bouche sèche, polyurie, selles abondantes. Des expériences, qui ont consisté en injections à la souris de solutions hypertoniques de Na Cl, ont provoqué un complexe de symptômes analogue. Le ramollissement des selles est d'ailleurs un effet connu du chlorure de sodium. Chez les malades, la diète hypochlorurée a été suivie d'une amélioration rapide.

Sur la farine blanche, comme aliment de régime pour les jeunes enfants, les malades et les vieillards

(M. LAPICQUE ; 7-7-1942)

Il est des tubes digestifs qui s'accommodent mal de la dose de son qui leur est imposée avec le pain actuel. Une farine blanche, blutée à 80 % seulement, pourrait être distribuée en pareil cas, la ration de cette farine étant naturellement moindre et calculée sur la quantité de blé correspondante du rationnement. Une surveillance serait faite pour éviter les fraudes.

L'Académie adopte, en conclusion du rapport de M. Lapicque sur cette question, le vœu suivant : « L'Académie demande que, sous les garanties et contrôles convenables, et en échange d'une quantité correspondante de tickets de pain, les consommateurs puissent en cas de besoin obtenir de la farine de froment au taux d'extraction de 80 % ».

P. L.

Société française de gynécologie

Séance du 16-3-1942

Vaginites à trichomonas

Mlle S. Laurent a constaté une nette recrudescence des vaginites à trichomonas. Elle rappelle que le diagnostic n'en peut être fait que par l'examen extemporané des pertes vaginales entre lame et lamelle tiédies. L'hygiène défectueuse et la déficience de l'état général expliquent la plus grande fréquence actuelle de l'affection. Pour le traitement, l'auteur associe aux deux comprimés quotidiens de stovarsol, trois tamponnements par semaine au novar. Elle insiste sur l'importance d'un traitement associé de l'état général (arsenic, fer, vitamines C et D).

— M. Turpault est d'avis qu'on ne pense pas assez au trichomonas en présence d'une vaginite rebelle aux traitements classiques. Le trichomonas vivant en milieu alcalin, il déconseille les injections au bicarbonate de soude.

— M. Marcel cite à l'appui de cette thèse l'observation d'une malade qui, ayant suivi de nombreux traitements, était sur le point de subir l'opération de Cotte quand le diagnostic a été fait. Guérison très rapide.

— M. E. Douay rappelle que la connaissance du trichomonas est déjà ancienne. Il emploie le vert brillant pour le colorer. Toutefois, il ne le rencontre pas aussi souvent que les auteurs allemands. L'échec du traitement au stovarsol est souvent l'indice d'une carence endocrinienne ou vitaminique.

— M. Palmer emploie pour la détection du trichomonas le bleu de crésyl brillant en solution à 10 p. 100, environ cinq parties de colorant pour une partie de sécrétion : les trichomonas restent blancs et tranchent facilement sur les autres éléments qui se colorent ; ils conservent les mouvements caractéristiques de leurs flagelles et de leur membrane ondulante pendant plusieurs heures parfois.

Injection vasculaire après lipiodol

M. J.-E. Marcel montre une image d'injection vasculaire dans un cas d'utérus hypoplasique rétrofléchi. Comme il est de règle, cette injection vasculaire est restée sans conséquence.

— M. J.-M. Auclair, pour éviter de blesser la muqueuse, choisit une canule de même courbure que celle de la cavité utérine.

— M. E. Douay fait toujours l'injection intracervicale.

— M. Palmer fait l'injection intra-cervicale en cas de métrorragie, intra-corporéale dans la stérilité.

Ecoulement mammaire après incision d'un hématocolpos avec hématométrie

M. Turpault a observé chez une jeune fille de 15 ans un hématocolpos avec hématométrie dont l'incision a été suivie au troisième jour d'un gonflement marqué des seins avec issue de colostrum ; l'écoulement s'est arrêté après l'injection de 40 milligrammes de testostérone. L'auteur pense que c'est la déplétion utérine qui, par voie réflexe, a entraîné la sécrétion mammaire et discute les mécanismes nerveux et hormonaux possibles.

— M. Douay a observé des faits semblables.

La Presse

Etude physiopathologique d'un diabète insipide, avant et après sa guérison post-opératoire

Le sujet était une jeune fille de 22 ans, atteinte d'un diabète insipide post-traumatique et d'arachnoïdite opto-chiasmatique ; une intervention chirurgicale fit disparaître ce trouble dans des conditions remarquables, la soif ayant cessé instantanément. D'une étude biologique, poursuivie ainsi dans des conditions exceptionnelles avant et après l'opération, R. Kourilsky et ses collaborateurs concluent que : 1° dans le diabète insipide d'apparence la plus banale, le facteur soif joue un rôle essentiel, jusqu'ici sous-estimé ; 2° le facteur polyurique est à l'arrière plan ; 3° le dérèglement de la soif ne provient ni d'un trouble rénal de la concentration du sel, ni de l'impossibilité des tissus de fixer l'eau, mais d'une perturbation directe portant sur les centres hypothalamiques et sur les connexions hypophysaires ; 4° consécutivement à ce dérèglement, toute une série de modifications humorales (hyperprotidémie) et tissulaires (rétention d'eau et éventuellement de sel) font leur apparition, dans lesquelles on a voulu voir la cause du diabète insipide, alors qu'elles n'en sont que la conséquence. (*La Presse médicale*, 4 juillet 1942).

Syphilis nerveuses paradoxales

L. Langeron et V. Cordonnier en rapportent trois cas. Un tabes rapidement mortel après une aortite correctement traitée et guérie, le traitement ayant été institué aussi bien avant qu'après l'installation des signes tabétiques. La disparition spontanée en huit ans de réactions méningées, histologiques et biologiques, caractéristiques. L'apparition précoce d'une syphilis à forme de sclérose en plaques, malgré un traitement intensif, mais celui-ci n'a-t-il pas été trop tardif ? (*Journ. des Sciences médicales de Lille*, 12 juillet 1942).

L'oxycarbonémie-maladie

Le Professeur Loeper et P. Boulenger établissent que l'oxycarbonémie endogène est bien une réalité, au même titre que l'azotémie, l'uricémie, l'oxalémie. L'oxyde de carbone se produit sous l'influence d'un trouble de combustion de certaines substances, et plus particulièrmeent des glucides. A ce titre, l'oxycarbonémie vient prendre place dans le rang des maladies de la nutrition à côté du diabète et de l'oxalémie. L'oxycarbonémie peut causer, entr'autres troubles, l'érythrémie et certains troubles ou spasmes cardiaques et vasculaires. Elle peut aussi apparaître à titre secondaire au cours de toutes les affections, qui ralentissent la circulation sanguine et diminuent la combustion des tissus ; à ce titre, elle est fréquente au cours de certaines affections cardiaques, pulmonaires, hépatiques et pancréatiques.

De toutes ces notions découlent des indications thérapeutiques particulières, qui semblent se résumer dans la réduction de l'alimentation hydrocarbonée, l'administration de l'insuline et l'amide nicotinique. La vitamine P P, par son rôle particulier dans le métabolisme, paraît une médication efficace de l'oxycarbonémie endogène, et elle y est préférable à l'insuline. (*Paris médical*, 30 juin 1942).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

CONFÉRENCE DE PRESSE AU SECRÉTARIAT DE LA SANTÉ

Le 16 septembre, le Secrétaire d'Etat à la Santé a réuni, rue de Tilsitt, les représentants de la presse médicale de Paris pour leur exposer les traits principaux de deux lois importantes en instance de publication au *Journal officiel* et, plus généralement, fixer les divers traits dont a été marquée jusqu'ici son activité au sein du Gouvernement.

Les deux lois dont il s'agissait sont relatives l'une à la réorganisation de l'Ordre des médecins, l'autre à la protection des intérêts des médecins prisonniers. Par le compte-rendu du Congrès d'Aurillac, nos lecteurs ont eu déjà connaissance de l'esprit de ces lois. Nous en publions par ailleurs le texte.

Le Secrétaire d'Etat a précisé les raisons qui l'avaient déterminé à remanier le statut de l'Ordre. La loi du 7 octobre 1940 avait, dès sa mise en vigueur, manifesté de graves imperfections dont la plus rédhibitoire était la dévolution aux mêmes Conseils de responsabilités administratives et de pouvoirs juridictionnels. Il en résulta une inévitable confusion dans l'idée que les conseillers eux-mêmes se faisaient de leurs prérogatives et une incoordination manifeste dans le fonctionnement de l'Ordre. La séparation est maintenant faite entre les juges et les administrateurs.

Le Secrétaire d'Etat met l'accent sur deux points importants : la présidence des Conseils régionaux reviendra à un médecin, non à un magistrat. Le magistrat n'aura que voix consultative ; il est chargé de mettre en forme les décisions des Conseils, d'éviter les illégalités dans le fond et les impropriétés dans la forme, source de chicanes et de confusion.

En second lieu, chaque fois que, à l'étage départemental ou national, un Conseil aura à examiner une instance concernant une spécialité, si celle-ci n'est pas représentée dans son sein, le Conseil devra s'adjoindre un spécialiste de la même catégorie.

Les Conseils actuels résigneront leurs pouvoirs dès que les nouveaux seront constitués. Le règlement d'administraion publique concernant les élections a déjà été préparé par le Secrétariat à la Santé. Il manque, pour qu'il puisse être publié, certaines formalités interministérielles. Mais le Docteur Grasset compte que les élections auront lieu avant la fin de l'année. Il n'a pas été possible d'accorder aux médecins des droits électifs qui ne sont donnés à aucun citoyen. Il faut se contenter de ce qui est admissible dans la situation actuelle.

La loi protégeant les intérêts des prisonniers est une loi d'équité. Elle assure l'avenir de ceux qui, depuis deux ans, sont retenus dans les camps. Pour le présent, c'est la relève qui constitue leur grand espoir. A ce sujet, il est inutile de susciter des impatiences prématurées : certes, le principe de l'accord est acquis, mais le détail de l'organisation est encore à fixer et si l'on songe que préalablement à toute décision individuelle, il faut établir pour chaque prisonnier une fiche indiquant nommément son remplaçant, on se rendra compte des délais encore nécessaires.

En outre, de ces deux lois importantes, le Secrétaire d'Etat aborde quelques problèmes secondaires qui se sont posés à lui.

Une épidémie grave de typhus a sévi il y a quelques mois en Afrique du Nord, et des dispositions durent être prises pour augmenter le rendement des Instituts Pasteur en vaccin.

La question de l'insuline rencontre en zone occupée certaines diffi ultés que l'on arrive à pallier peu à peu.

Le lait concentré est rare et difficile à se procurer. Il y a ici un problème de quantité doublé d'un problème de doctrine : les pédiatres allemands n'accordent pas au lait concentré les mêmes vertus que les pédiatres français. Il sied que le peu dont nous disposons soit réservé aux nourrissons.

La réforme des études médicales est à l'étude avec barrage à l'entrée, et diverses modifications profondes apportées au régime actuel. Il faut agir et enrayer la pléthore. Le chiffre des étudiants en médecine est « *effrayant* ».

Le pays est en retard dans son équipement sanitaire. Après analyse des besoins et inventaire des ressources, un plan de travaux neufs sera mis sur pied.

La corporation médicale se doit de prendre en charge toutes les activités médico-sociales. A bref délai vont sortir des textes organisant la protection de l'enfance, l'inspection médicale scolaire et sportive, l'orientation professionnelle, le statut des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

La récente loi sur la médecine du travail a soulevé quelques appréhensions. Le Docteur Grasset n'est pas d'avis qu'elles soient justifiées. Il demande au Corps médical de ne pas bouder la médecine du travail qui lui constituera demain un débouché important au moment où les jeunes générations médicales seront plus nombreuses que jamais.

Le Secrétaire d'Etat fit ainsi un large exposé des questions du jour, provoqua les observations ou demanda des renseignements et annonça son intention, dont il convient de le remercier, de garder le contact avec la presse médicale et, par elle, avec les praticiens, ses confrères.

G. Lavalée

LA RÉFORME DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Loi du 10 Septembre 1942
relative à l'organisation des professions médicale et dentaire
(J. O. 18 Septembre 1942)

TITRE I. — Organisation de la profession médicale

Article 1er. — Il est institué un Ordre national groupant tous les médecins habilités à exercer leur art.

L'Ordre a la garde de l'honneur, de la moralité et de la discipline de la profession médicale.

Il assure la défense et la gestion des intérêts corporatifs.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire de Conseils des Collèges départementaux des médecins, de Conseils régionaux et d'un Conseil national de l'Ordre des médecins.

Chapitre I. — Des collèges départementaux des médecins

Article 2. — Dans chaque département, les médecins habilités à exercer leur art sont groupés en un Collège départemental des médecins.

Le Collège est administré par un Conseil exerçant, dans le cadre departemental, les attributions de l'Ordre des médecins rélatives à l'organisation professionnelle, à la défense et à la gestion des intérêts corporatifs.

Article 3. — Le Conseil du Collège départemental des médecins est composé de 6 à 12 membres, élus pour six ans par leurs confrères au scrutin secret et par correspondance. Toutefois, le Conseil du Collège départemental de la Seine comprend 18 membres. Sont éligibles les médecins inscrits au tableau départemental institué par l'article 34, et qui justifient de cinq ans au moins d'exercice de l'art médical.

Sont toutefois inéligibles :

1° pendant une période de cinq ans, les médecins qui ont été l'objet d'un avertissement en Chambre de Conseil, ou d'un blâme par application des dispositions de l'article 41 ci-après ;

2° à titre définitif, ceux qui ont été l'objet d'une mesure de suspension temporaire.

Le conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Article 4. — Le Conseil élit chaque année son président. Celui-ci réunit le Conseil au moins six fois par an. Il a voix prépondérante en cas de partage des suffrages.

Article 5. — Le Conseil peut se porter partie civile contre les personnes exerçant illégalement la médecine.

Article 6. — Les Collèges départementaux peuvent créer tous organismes de solidarité intéressant les médecins ou leurs familles, ou participer au fonctionnement d'organismes existants.

Ils peuvent conclure entre eux des conventions ou ententes en vue de la création d'organismes interdépartementaux.

La création et le mode de gestion des organismes créés par les Collèges doivent être approuvés par le Conseil national de l'Ordre des médecins. La participation des médecins à ces organismes ne peut être rendue obligatoire que dans les conditions prévues par l'article 13, § 2 ci-après.

Les conventions relatives à la participation des Collèges départementaux au fonctionnement d'organismes non gérés par eux sont soumises à la même approbation.

Pour l'examen de toute question concernant une spécialité médicale figurant sur la liste des spécialités arrêtée par le Secrétaire d'Etat à la Santé, le Conseil est obligatoirement tenu de s'adjoindre un représentant de cette spécialité désigné par lui, si leditConseil ne comprend pas parmi ses membres un médecin exerçant cette spécialité.

Chapitre II. — Des Conseils régionaux de l'Ordre des médecins

Article 7. — Pour tout ce qui concerne l'honneur, la moralité et la discipline de la profession médicale, les médecins sont soumis à la juridiction des Conseils régionaux de l'Ordre, institués au siège de chaque région sanitaire et, en appel, du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Article 8. — Le Conseil régional de l'Ordre des médecins dresse en conformité des dispositions du titre III de la présente loi, un tableau public des docteurs en médecine habilités à exercer leur art, et statue sur les affaires de caractère disciplinaire soumises à son examen.

Article 9. — Le Conseil régional est composé de 7 membres, chaque département de la Région devant être représenté au moins par un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre ;

Ces membres sont nommés parmi les médecins inscrits au tableau de l'Ordre par le Secrétaire d'Etat à la Santé sur des listes de propositions établies par les Conseils des Collèges départementaux et comportant trois fois plus de noms que de sièges à pourvoir.

Ils sont nommés pour six ans.

Leurs pouvoirs sont renouvelables.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé désigne, parmi ces membres, le président du Conseil régional.

Article 10. — Le Conseil régional est assisté d'un conseiller juridique, désigné par le premier président de la Cour d'appel dont le ressort comprend le chef-lieu de la région, parmi les magistrats d'appel ou de première instance.

Le Conseil régional ne peut délibérer qu'en présence du Conseiller juridique.

Chapitre III. — Du Conseil national de l'Ordre des médecins

Article 11. — La direction et la surveillance de l'Ordre sont confiées, sous l'autorité du Secrétaire d'Etat à la Santé, à un Conseil national de l'Ordre des médecins.

Par l'intermédiaire de sa chambre de discipline à l'article 43 ci-dessous, le Conseil national est juge d'appel des décisions des Conseils régionaux de l'Ordre.

Article 12. — Le Conseil national de l'Ordre coordonne l'action des Conseils départementaux et leur adresse toutes directives en vue de l'accomplissement de leur mission.

Il a la garde des intérêts corporatifs et en assure la défense sur le plan national.

Il est le représentant et l'interprète des méde-

cins auprès du Secrétaire d'Etat à la Santé. Il donne son avis sur les affaires soumises à son examen par le Secrétaire d'Etat et notamment sur les questions relatives à l'organisation de la médecine sociale et sur les problèmes de protection de la santé publique appelant la collaboration du Corps médical.

ARTICLE 13. — Le Conseil national peut créer tous organismes de solidarité intéressant les médecins ou leurs familles et en assure le contrôle.

La participation des médecins à ces organismes ne peut être rendue obligatoire que par décret en Conseil d'Etat.

ARTICLE 14. — Le Conseil national fixe le montant des cotisations qui devront être obligatoirement versées par les membres de l'Ordre et la répartition de leurs produits entre le Conseil national et les Conseils des Collèges départementaux.

ARTICLE 15. — Le Conseil national est composé :

1° de membres élus dans les conditions fixées par le règlement d'administration publique prévu à l'article 56 ci-dessous, à raison d'un par région sanitaire, à l'exception de la Région parisienne, pour laquelle ce nombre est porté à cinq ;

2° d'un membre de l'Académie de médecine, élu par ses collègues ;

3° de cinq membres élus par les autres membres du Conseil.

Les membres du Conseil national sont désignés pour six ans ; leurs pouvoirs sont renouvelables.

Le Conseil est renouvelable par tiers tous les deux ans.

Pour l'examen de toute question concernant une spécialité médicale figurant sur la liste des spécialités arrêtée par le Secrétaire d'Etat à la Santé, le Conseil national est obligatoirement tenu de s'adjoindre un représentant de cette spécialité dans les conditions prévues par le § 5 de l'article 6 ci-dessus.

ARTICLE 16. — Le Conseil national se réunit au moins six fois par an.

Le Président est choisi tous les ans par le Secrétaire d'Etat à la Santé parmi les membres du Conseil sur une liste de trois noms présentés par le Conseil. Ses pouvoirs sont renouvelables.

ARTICLE 17. — En vue de l'étude des problèmes intéressant directement son administration, le Secrétaire d'Etat à la Santé peut accréditer toutes personnalités pour participer avec voix consultative aux délibérations du Conseil national autres que celles de la Chambre de discipline.

Le Conseil national ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour des séances, lequel doit être communiqué au Secrétaire d'Etat à la Santé deux jours avant chacune de ses réunions ; les décisions du Conseil national, à l'exception de celles prises par la Chambre de discipline, doivent être communiquées dans les deux jours au Secrétaire d'Etat à la Santé qui peut en suspendre l'exécution pendant un délai maximum de deux mois, au cours desquels il peut les annuler pour inobservations des textes en vigueur.

ARTICLE 18. — Les règles d'exercice de la profession médicale seront fixées après consultation du Conseil national de l'Ordre par un règlement d'administration publique, qui prendra le nom de « Code de Déontologie ».

TITRE II. — De l'organisation de la profession dentaire

ARTICLE 19. — Tous les praticiens de la profession dentaire habilités à exercer leur art sont groupés au sein de l'Ordre national des médecins dans les conditions définies ci-après :

CHAPITRE I. — DES COLLÈGES DÉPARTEMENTAUX DES PRATICIENS DE LA PROFESSION DENTAIRE

ARTICLE 20. — Dans chaque département, les praticiens de la profession dentaire admis à pratiquer leur art forment le Collège départemental des praticiens de la profession dentaire qui groupe les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes et assimilés.

Le Collège possède des attributions corporatives identiques à celles du Collège départemental des médecins.

ARTICLE 21. — Chaque collège est administré, sous le contrôle du Conseil national de l'Ordre des médecins et de sa section dentaire, par un Conseil composé de 6 à 9 membres élus par leurs confrères.

Dans les départements où il existe des médecins stomatologistes ceux-ci désignent un représentant au Conseil du Collège départemental, si le nombre des membres du Conseil est inférieur à 9, deux représentants, si ce nombre est égal à 9. Les chirurgiens-dentistes se réunissent de leur côté pour élire les autres membres du Conseil parmi les praticiens réunissant les conditions d'éligibilité prévues par l'article 3.

S'il n'existe dans le département qu'un seul médecin stomatologiste, celui-ci est de droit membre du Conseil, à moins qu'il ne soit frappé d'inéligibilité par application des dispositions de l'article 3, § 2 ci-dessus.

ARTICLE 22. — Le Conseil élit chaque année son président. Celui-ci réunit le Conseil au moins six fois par an. Il a voix prépondérante en cas de partage des suffrages.

ARTICLE 23. — Les dispositions des articles 5 et 6 de la présente loi sont applicables aux Conseils des Collèges visés au présent chapitre, en ce qui concerne l'exercice illégal de la profession dentaire, la création d'organismes de solidarité intéressant les praticiens de la profession dentaire ou la participation au fonctionnement d'organismes existants.

Les Conseils des Collèges des praticiens de la profession dentaire pouvant conclure des accords avec les Conseils départementaux des médecins, en vue de la création d'organismes interprofessionnels de solidarité conformes aux dispositions de l'article 6 de la présente loi.

ARTICLE 24. — Tous les six mois au moins, le Conseil du Collège des médecins et celui du Collège des praticiens de la profession dentaire, tiennent sous la présidence du président du Conseil du Collège des médecins, une réunion commune où sont examinés les problèmes d'ensemble intéressant les deux professions.

CHAPITRE II. — DES ATTRIBUTIONS DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS EN MATIÈRE D'EXERCICE DE LA PROFESSION DENTAIRE.

ARTICLE 25.— Pour tout ce qui concerne l'honneur, la moralité et la discipline de leur profession, les

médecins stomatologistes sont soumis à la juridiction des Conseils régionaux de l'Ordre des médecins et du Conseil national de l'Ordre ; les chirurgiens-dentistes sont soumis à la juridiction de ces mêmes organismes, complétés comme il est prescrit aux articles 26, 27 et 44 ci-dessous.

ARTICLE 26. — Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens-dentistes, le Conseil régional de l'Ordre des médecins est complété par quatre praticiens de la profession dentaire. Un des membres ainsi adjoints au Conseil régional doit avoir qualité de docteur en médecine.

ARTICLE 27. — Les représentants des praticiens de la profession dentaire au Conseil régional de l'Ordre des médecins sont nommés par le Secrétaire d'Etat à la Santé sur des listes de propositions établies par les Conseils des Collèges départementaux des praticiens de la profession dentaire et comportant trois fois plus de noms que de sièges à pourvoir.

Les membres du Conseil régional désignés en application du présent article sont nommés pour 6 ans. Leurs pouvoirs sont renouvelables.

CHAPITRE III. — DE LA SECTION DENTAIRE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE

ARTICLE 28. — La section dentaire du Conseil national de l'Ordre des médecins exerce, en ce qui concerne la profession dentaire, des attributions identiques à celles reconnues au Conseil national de l'Ordre des médecins par les articles 6, 12, 13 et 14 ci-dessus.

Toutefois, seul le Conseil national de l'Ordre réuni en séance plénière avec l'adjonction des membres de la section dentaire a qualité pour délibérer sur les questions intéressant la protection de la santé publique et l'hygiène.

ARTICLE 29. — Tous les six mois au moins, le Conseil national de l'Ordre des médecins constitué comme il est dit au § 2 de l'article précédent, tient une séance plénière où sont examinés les problèmes d'ensemble intéressant les professions médicale et dentaire.

ARTICLE 30. — La section dentaire est composée de :

1° Neuf membres élus dans les conditions fixées par le règlement d'administration publique, prévu à l'article 56 ci-dessous ;

2° Trois membres désignés par les autres membres du Conseil.

Trois au moins des membres de la section dentaire doivent avoir la qualité de docteurs en médecine.

Les membres de la section dentaire sont désignés pour six ans. Leurs pouvoirs sont renouvelables.

La section est renouvelable par tiers tous les deux ans.

ARTICLE 31. — La section dentaire se réunit au moins six fois par an. Le président est choisi tous les ans par le Secrétaire d'Etat à la Santé, parmi les membres de la section sur une liste de trois noms présentés par elle.

ARTICLE 32. — Les dispositions de l'article 17 ci-dessus relatives à la tenue des séances et aux décisions du Conseil national de l'Ordre des médecins sont applicables aux séances et aux décisions de la sections dentaire.

ARTICLE 33. — Les règles d'exercice de la profession dentaire seront fixées après consultation du Conseil national de l'Ordre constitué comme il est dit au § 2 de l'article 28 par un règlement d'administration publique.

TITRE III. — De l'inscription au Tableau et de la discipline

CHAPITRE I. — DE L'INSCRIPTION AU TABLEAU

ARTICLE 34. — Le Conseil régional de l'Ordre des médecins dresse par département un tableau public des médecins, qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements, sont admis, conformément aux dispositions du présent chapitre, à pratiquer leur art.

Complété ainsi qu'il est précisé à l'article 26 ci-dessus, il dresse un tableau des chirurgiens-dentistes et établit une liste des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins qui justifient de l'exercice habituel de la profession dentaire.

ARTICLE 35. — Ces tableaux sont affichés chaque année, dans toutes les communes du département, à la diligence des Préfets et des Maires. Des exemplaires sont transmis aux Secrétaires d'Etat à l'Intérieur, à la Justice, à l'Education nationale et à la Santé, et au Conseil national de l'Ordre des médecins.

ARTICLE 36. — L'inscription est demandée par les intéressés au Conseil régional de l'Ordre dont dépend le département dans lequel ils se proposent d'exercer.

En cas de changement de domicile, un transfert d'inscription est effectué, à la diligence de l'intéressé.

L'inscription au tableau d'un département rend licite l'exercice de la médecine ou de la profession dentaire sur tout le territoire national.

ARTICLE 37. — Le Conseil prononce l'inscription au tableau après vérification des titres du demandeur. Elle peut être refusée par décision motivée si le demandeur ne remplit pas les conditions nécessaires de moralité.

Si le Conseil régional n'a pas statué dans les deux mois, l'intéressé peut saisir de sa demande le Conseil national de l'Ordre.

ARTICLE 38. — Appel de la décision du Conseil régional peut être porté devant le Conseil national de l'Ordre par le médecin intéressé, par le Conseil du Collège départemental ou par le Secrétaire d'Etat à la Santé. Le Conseil national statue comme en matière disciplinaire suivant les formes prévues aux articles 43 et 44 ci-après.

La décision du Conseil national de l'Ordre peut être attaquée, devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours pour excès de pouvoir, par le médecin intéressé, par le Conseil du Collège départemental ou par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

ARTICLE 39. — Au moment de leur inscription, les intéressés prêtent serment devant le Conseil régional d'exercer leur art avec conscience, dévouement et probité.

CHAPITRE II. — DE LA DISCIPLINE

ARTICLE 40. — Le Conseil régional de l'Ordre appelle devant lui les médecins ou les chirurgiens-dentistes prévenus d'avoir manqué aux règles de l'honneur de la moralité ou aux devors de leur profession, tels qu'ils résultent des lois et règlements ainsi que des dispositions du Code de Déontologie.

L'action est intentée soit sur l'initiative du Conseil régional, soit à la requête du Conseil national de l'Ordre ou de sa Section dentaire ou du Conseil du Collège départemental, soit enfin, sur injonction du Secrétaire d'Etat à la Santé.

Toutefois, en ce qui concerne les médecins-fonctionnaires, l'action, quant aux actes accomplis dans l'exercice de la fonction, ne peut être engagée que par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

ARTICLE 41. — Le Conseil régional peut prononcer les sanctions suivantes :

— l'avertissement en chambre du Conseil ;
— le blâme avec inscription au dossier personnel ;
— la suspension temporaire, pour une durée maximum de cinq ans du droit d'exercer la médecine ou la profession dentaire ;
— l'interdiction définitive d'exercer la médecine ou la profession dentaire comportant radiation du Tableau.

ARTICLE 42. — L'appel des décisions du Conseil régional peut être porté par l'intéressé, dans les deux mois qui suivent leur notification, devant le Conseil national de l'Ordre qui statue, sauf recours pour excès de pouvoir devant le Conseil d'Etat.

L'appel peut être également porté par le Secrétaire d'Etat à la Santé dans les deux mois qui suivent la notification de la décision à la direction régionale de la Santé.

L'appel devant le Conseil national est suspensif.

ARTICLE 43. — Il est constitué au sein du Conseil national, une Chambre de discipline chargée de statuer sur les recours formés en matière disciplinaire.

La Chambre de discipline est composée en sus de son président, de six membres désignés dans le sein du Conseil national par les membres dudit Conseil.

Les membres de la Chambre de discipline sont nommés pour six ans. Leurs pouvoirs sont renouvelables. Toutefois, les pouvoirs des membres de la Chambre de discipline cessent dès qu'ils ne font plus partie du Conseil national.

La Chambre de discipline est présidée par un Conseiller d'Etat.

ARTICLE 44. — Pour toutes les affaires concernant les chirurgiens-dentistes, la Chambre de discipline du Conseil national est complétée par trois praticiens de la profession dentaire dont un docteur en médecine, choisis parmi eux par les membres de la section dentaire du Conseil national de l'Ordre.

ARTICLE 45. — L'action disciplinaire des Conseils de l'Ordre ne fait pas obstacle aux poursuites que le Ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les Tribunaux, pour la répression des infractions pénales ou la réparation des délits civils, ni à l'action disciplinaire devant l'Administration dont dépend le médecin fonctionnaire, ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins en vertu de lois spéciales en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par des lois sociales.

ARTICLE 46. — Les médecins et les chirurgiens-dentistes régulièrement inscrits aux tableaux prévus à l'article 34 ne peuvent invoquer le secret professionnel institué par l'article 378 du Code pénal, à l'égard de la Chambre de discipline du Conseil national et des Conseils régionaux de l'Ordre des médecins, pour toutes déclarations et dépositions effectuées devant ces organismes.

ARTICLE 47. — Les membres de la Chambre de discipline du Conseil national et des Conseils régionaux de l'Ordre, ainsi que toutes personnes au service de ces organismes, sont tenus pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur mandat ou de l'exécution de leur service, au secret professionnel conformément aux dispositions de l'article 378 du Code pénal.

ARTICLE 48. — Le Conseil régional ou la Chambre de discipline du Conseil national peuvent, soit sur la demande des parties, soit d'office, ordonner une enquête sur les faits dont la constatation leur paraît utile à l'instruction de l'affaire. La décision qui ordonne l'enquête indique les faits sur lesquels elle doit porter et décide, suivant le cas, si elle aura lieu soit devant le Conseil, soit devant un membre du Conseil qui se transportera sur les lieux.

La date à laquelle l'affaire doit venir à l'audience doit être notifiée aux parties, qui peuvent présenter des observations orales à l'appui de leurs conclusions écrites. Les intéressés peuvent se faire assister soit d'un confrère de leur choix, soit d'un avocat.

Dans tous les cas où elle est saisie, la Chambre de discipline du Conseil national peut, même d'office, augmenter ou réduire la sanction prononcée par le Conseil régional.

Les fonctions du ministère public sont exercées devant le Conseil régional par le Directeur régional de la Santé et de l'Assistance ou un Inspecteur de la Santé délégué par lui ; devant la Chambre de discipline du Conseil national par un Inspecteur général de la Santé.

TITRE IV. — Dispositions générales et dispositions transitoires

ARTICLE 49. — Les médecins et les chirurgiens-dentistes ne peuvent se grouper en associations régies par le livre III du Code du travail.

Ils ne peuvent se grouper en associations régies par la loi du 1er juillet 1901, que dans un dessein étranger à la défense de leurs intérêts professionnels et avec l'autorisation du Secrétaire d'Etat à la Santé, donnée après avis du Conseil national de l'Ordre. Cette autorisation peut être retirée dans les mêmes formes.

ARTICLE 50. — Le Conseil national de l'Ordre des médecins, sa section dentaire et les Collèges départementaux sont dotés de la personnalité civile.

ARTICLE 51. — Les biens et charges dévolus aux Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et aux organismes de mutualité, d'assistance ou de retraite créés par eux en application de la loi du 7 octobre 1940, sont attribués aux Collèges départementaux des médecins.

Ceux dévolus dans les mêmes conditions au Conseil supérieur de l'Ordre et aux organismes créés par lui, sont attribués au Conseil national des médecins.

ARTICLE 52. — Les biens et charges dévolus aux sections dentaires des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et aux organismes de coopération, de mutualité, d'assistance ou de retraite créés par elles en application de la loi du 17 novembre 1941, sont attribués à la section dentaire du Conseil national de l'Ordre des médecins.

. . . .

ARTICLE 54. — Est passible des peines prévues

pour l'exercice illégal de la médecine toute personne se livrant à l'exercice répété d'actes médicaux sans être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins prévu à l'article 34.

Est passible des peines prévues pour l'exercice illégal de la profession dentaire toute personne se livrant à l'exercice répété d'actes relevant de cette profession sans être inscrite au tableau des praticiens de la profession dentaire prévu à l'article 34.

Sont considérés comme relevant de la pratique de la profession dentaire, les prescriptions, opérations ou soins médicaux et chirurgicaux bucco-dentaires, la prise des empreintes, l'essayage et la pose de tous appareils de prothèse et d'orthodontie.

ARTICLE 55. — Nul ne peut être propriétaire, copropriétaire, gérant ou exploitant d'un cabinet dentaire s'il ne remplit pas les conditions requises pour l'exercice de la profession.

ARTICLE 56. — Des règlements d'administration publique détermineront les conditions d'application de la présente loi, et notamment les conditions dans lesquelles sera effectuée la désignation des membres des organismes institués par la présente loi, les règles des élections, les recours auxquels elles peuvent donner lieu et les modalités de fonctionnement de ces organismes.

Dans les limites prévues par les articles 3 et 21 de la présente loi, le nombre des membres de chaque Conseil du Collège départemental est fixé par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé.

ARTICLE 57. — Dans les trois mois qui suivront la publication du règlement d'administration publique relatif aux élections prévu à l'article précédent, il sera procédé à l'élection des Conseils des Collèges départementaux.

A titre transitoire, seuls pourront être déclarés élus à la suite des opérations électorales auxquelles il sera ainsi procédé pour la constitution des premiers Conseils élus, les praticiens figurant sur des listes établies par le Secrétaire d'Etat à la Santé ; ces listes devront comprendre quatre fois plus de noms qu'il y aura de sièges à pourvoir et comporter obligatoirement au moins un médecin de retour de captivité.

ARTICLE 58. — Les Conseils régionaux seront désignés et le Conseil national sera élu dans les trois mois qui suivront l'élection des Conseils des Collèges départementaux.

ARTICLE 59. — Les Conseils départementaux et le Conseil supérieur nommés pour l'application des lois des 7 octobre 1940 et 17 novembre 1941 cesseront leurs fonctions à la date de nomination des Conseils prévus par la présente loi.

Les affaires disciplinaires en cours d'instruction seront à la même date dévolues de plein droit aux Conseils régionaux et à la Chambre de discipline du Conseil national.

ARTICLE 60. — Les lois des 7 octobre 1940, 26 novembre 1941 et 31 décembre 1941 sont abrogées, ainsi que la loi du 17 novembre 1941, toutefois, l'article 22, § 2 et 3 et l'article 23 de la loi du 17 novembre 1941 resteront en vigueur jusqu'au décret fixant la date de cessation des hostilités.

Sont également abrogées les dispositions de l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892, en ce qui concerne les listes départementales des médecins et des chirurgiens-dentistes, ainsi que toutes autres dispositions contraires à la présente loi.

A TRAVERS L'OFFICIEL (Suite)

Prisonniers

Loi du 28 août 1942 relative à la préservation des intérêts des médecins retenus en captivité

Article 1er. — Pourront se prévaloir des dispositions de la présente loi, les médecins retenus en captivité pendant une période d'au moins dix-huit mois à partir du 2 septembre 1939.

Article 2. — Aucun médecin ne sera admis à pratiquer son art aux lieu et place d'un médecin retenu en captivité, si ce n'est à titre provisoire et jusqu'au retour de ce dernier.

Article 3. — Dans les communes où exerçaient, au 1er septembre 1939, moins de cinq médecins, le Conseil supérieur de l'Ordre, sur proposition du Conseil départemental, pourra déterminer, autour du lieu d'exercice de chaque médecin retenu en captivité une circonscription réservée, à l'intérieur de laquelle il sera interdit de créer un cabinet médical, si ce n'est dans les conditions de l'article 4.

Les limites de cette circonscription seront déterminées par le Conseil supérieur de l'Ordre. Elles ne pourront toutefois excéder un rayon de 15 kilomètres.

La décision du Conseil supérieur de l'Ordre devra être approuvée par le Secrétaire d'Etat à la Santé.

Article 4. — A dater de la publication de la présente loi, les médecins ne pourront s'installer dans les circonscriptions réservées qu'à titre de remplaçants et à charge pour eux de quitter la circonscription lors du retour du médecin retenu en captivité.

Article 5. — Nul ne pourra s'installer dans une circonscription réservée dans les cinq années qui suivront le retour du médecin retenu en captivité, sauf en cas de départ ou de décès de celui-ci ; un arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé pris sur proposition du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins pourra toutefois, à titre exceptionnel, autoriser l'installation d'un médecin à titre définitif.

Article 6. — Les postes médicaux devenus vacants par suite de l'application de la loi du 22 novembre 1941 relative aux médecins étrangers, seront réservés aux médecins retenus en captivité et non encore installés au moment des hostilités.

A cet effet, il pourra être établi autour de chacun de ces postes, dans les conditions de l'article 3, une circonscription réservée, à laquelle s'appliqueront les dispositions de la présente loi.

Les conditions d'attribution de ces postes à des médecins non installés au moment des hostilités ou à des étudiants en médecine en fin de scolarité au moment de leur mobilisation et justifiant de la durée de captivité prévue à l'article 1er de la présente loi, seront fixées par arrêté du Secrétaire d'Etat à la Santé.

Si l'intérêt de la population justifie que le poste réservé à un médecin retenu en captivité reste pourvu jusqu'au retour de celui-ci, le médecin précédemment titulaire du poste et auquel l'exercice de sa profession aura été interdit par application de la loi du 22 novembre 1941 pourra, sans qu'il soit dérogé à l'interdiction définitive dont il aura été frappé, être autorisé par le Secrétaire d'Etat à la Santé, après avis du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins, à continuer temporairement sur place l'exercice de sa profession.

Article 7. — Dans les communes où exerçaient au 1er septembre 1939, cinq médecins ou plus, le Conseil départemental de l'Ordre invitera les médecins titulaires de plusieurs emplois publics ou privés rémunérés et ayant, en outre, une clientèle, à se dé-

mettre d'un ou plusieurs de ces emplois en faveur des médecins qui, ayant antérieurement exercé dans lesdites villes, y reviendraient après avoir été retenus en captivité.

Ceux de ces emplois devenus vacants seront également réservés aux médecins retenus en captivité, sauf à en faire assurer l'intérim.

Article 8. — Sont abrogées la loi du 2 avril 1941 ainsi que toutes dispositions contraires à la présente loi. (*J. O.*, 16 septembre 1942).

Arrêté du 3 septembre 1942 concernant les prisonniers de guerre candidats à des examens de l'enseignement supérieur.

Art. 1er. — Dans tous les camps et détachements de prisonniers de guerre où des études ont pu être organisées, les directeurs d'études ou les professeurs, qu'ils appartiennent ou non à l'Université, sont invités à délivrer à tous ceux de leurs étudiants qui en feront la demande « un certificat de scolarité », complété par tous les documents pouvant donner des renseignements sur le niveau des études faites et la valeur des résultats acquis.

Lorsque des examens auront pu être organisés dans un camp, les compositions écrites de chaque candidat, accompagnées du relevé des notes et des appréciations du jury, seront, si possible, jointes au « certificat de scolarité ». (Un modèle de « certificat de scolarité » a été publié en annexe au communiqué du Secrétaire d'Etat à l'Education nationale et à la Jeunesse, en date du 11 septembre 1941, diffusé dans tous les camps de prisonniers de guerre.)

Art. 2. — Les prisonniers de guerre bénéficiaires des dispositions du décret n° 2076 du 28 août 1942 pourront, lors de leur inscription pour un examen d'une session spéciale, présenter leur « certificat de scolarité » au doyen de la Faculté intéressée.

Le « certificat de scolarité » sera alors obligatoirement communiqué au jury, qui en tiendra compte au cours de chacune de ses délibérations.

En outre, sur la proposition du doyen, motivée par les renseignements fournis par le « certificat de scolarité » et ses annexes, le recteur pourra accorder les dérogations suivantes aux règles normales de l'examen :

1° Dispense de certaines épreuves (écrites ou orales), mais non de toutes ; les notes et observations portées sur le certificat de scolarité ou ses annexes, concernant chacune des épreuves ainsi supprimées seront prises en considération pour le jugement de l'ensemble des épreuves de l'examen ;

2° Autorisation de se présenter au cours d'une même session spéciale à deux examens qui sont régulièrement séparés par une certaine durée de scolarité ;

3° Autorisation de réunir en un seul examen oral les deux examens oraux de troisième année de la licence en droit.

Art. 3. — Pour les candidats aux examens de l'enseignement supérieur, bénéficiaires des dispositions du décret n° 2676 du 28 août 1942 et qui, prisonniers de guerre, n'ont pas pu faire d'études pendant leur captivité les durées d'application des mesures prévues par ledit décret pourront être augmentées d'une ou deux années, par décision du recteur à condition que soient fournies les justifications nécessaires ; et, si possible, une attestation de « l'homme de confiance » du camp ou du détachement.

Art. 4. — De plus, pour permettre aux candidats anciens prisonniers de prouver que l'expérience qu'ils ont acquise pendant leur captivité a enrichi toute leur personne et les rend ainsi plus aptes à l'exercice de leur profession, une épreuve facultative écrite et orale sera ajoutée à celles qu'ils auront normalement à subir. Un arrêté ultérieur en fixera les conditions. (*J. O.*, 6 septembre 1942).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES. — LA DÉMISSION DU CONSEIL DE LA SEINE. — LA PROTECTION DES MÉDECINS PRISONNIERS. — UN MÉDECIN PEUT-IL AVOIR DROIT A LA « RETRAITE DES VIEUX TRAVAILLEURS ». — LA CARTE T POUR LES RADIOLOGISTES.

On sait qu'une Commission récemment nommée a reçu la mission de préparer la réforme des études médicales. Voici quelles seraient *grosso modo* les lignes générales de ses travaux.

Avant toutes choses, il s'agit de freiner l'augmentation du nombre des étudiants en médecine, augmentation que les événements n'a point arrêtée. Chaque année apporte plusieurs milliers d'étudiants, et n'emporte que 5 ou 600 médecins. Fallait-il donc s'en remettre à un concours ? On préfèrerait, transitoirement la formule « *examen éliminatoire* » placé à la fin de la première année de médecine. Si limitation il y a, le nombre fixé ne serait pas arbitraire : l'on prendrait en effet le *total des étudiants* de 1re année *en* 1937, qui servirait ainsi de base de référence.

La première année de médecine serait au reste précédée d'une *année de biologie générale* où seraient enseignés les phénomènes de la vie de la cellule à l'homme, où l'étudiant apprendrait à situer l'homme dans la nature. Parallèlement, un enseignement *social* et *moral* permettrait à l'étudiant de connaître la place du médecin dans la communauté.

La durée normale des études serait de *cinq années*. Elles comporteraient l'*externat obligatoire* dans les hôpitaux et les examens comporteraient notamment des épreuves pratiques au lit des malades. Une large place serait faite à la médecine préventive et à l'étude de l'homme sain.

A la fin des cinq années seulement, donc *après le diplôme*, le jeune médecin pourrait se spécialiser en se présentant au *concours de l'internat* prévu pour sa *spécialité*. Cet internat constituerait une véritable école. Sa durée varierait suivant chaque branche (4 années pour la chirurgie). Réserve faite des droits acquis et des cas d'urgence, l'exercice de toute spécialité serait interdite à tout médecin qui n'aurait point subi cette formation.

Un *enseignement post-scolaire facultatif* serait organisé périodiquement dans toutes les Facultés. Le remplacement des médecins inscrits à ces cours serait corporativement organisé, en faisant appel aux jeunes diplômés. En outre de grandes enquêtes, des conférences faites aux praticiens permettraient de les associer étroitement à la vie de la science et des techniques médicales.

Quant au Corps enseignant, il serait libre de s'adjoindre tout médecin de valeur notoire, pris en dehors de la voie normale des concours.

Nous reviendrons prochainement de façon plus explicite sur cette réforme.

***

Nous apprenons que le Conseil départemental de la Seine suivant en cela l'exemple de plusieurs de ses collègues, a démissionné collectivement le jeudi 17 septembre dernier. La révocation récente d'un de ses membres les plus ardents ne serait pas étrangère à cette décision.

D'autres démissions seraient dans l'air. Espérons que la récente réforme de l'Ordre contribuera efficacement à l'apaisement des esprits.

***

Donc le législateur a enfin admis que la loi du 2 avril protégeant les médecins prisonniers avait besoin d'une réforme. Cette réforme est acquise et nous publions le texte qui l'opère dans ce même numéro.

Approuvons la création pour les communes rurales d'une zone de protection dans le temps et dans l'espace autour du cabinet de l'absent, et sa prolongation pendant les années du retour. C'est là ce que nous réclamions depuis le 2 avril. Pourquoi seulement ce *pouvoir* attribué à des Conseils (à des « Collèges » devrait-on dire) qui peuvent en user, ne pas user ou en abuser, là où il ne devrait être question que de *devoir* ?

Par contre, la protection des médecins urbains nous semble vraiment illusoire. Certes, le problème était difficile. Mais la solution adoptée en est-elle vraiment une, qui consiste à *permettre* à l'Ordre d'*inviter* les praticiens titulaires de « fixes » à les céder aux confrères rapatriés. Cette disposition est facultative à la deuxième puissance. Le Conseil peut ne point inviter, et l'invité peut refuser. S'il accepte, cèdera-t-il vraiment la meilleure part du gâteau ?

Par ailleurs un commentaire officiel nous expose que pour bénéficier de la présente loi, il faut justifier d'une période de captivité d'*au moins dix-huit mois*. Il était inutile nous dit-on de légiférer pour les médecins rentrés après une plus courte captivité « tous ayant retrouvé sans difficulté leur situation antérieure ».

Nous sommes bien placés pour dire que les exceptions à la règle que l'on énonce sont si nombreuses qu'elles nous font douter de sa réalité. N'oublions pas que, contrairement à ce que semble croire ledit commentaire, les médecins rapatriés avant dix-huit mois de captivité continuent à jouir des droits que leur donnait soit le décret du 10 mai 1940, soit la loi du 2 avril 1941, *droits acquis* qui survivent à l'abrogation de ces deux textes, laquelle ne produit d'effet que pour l'avenir. Quelle qu'insuffisante qu'elle soit, cette protection vaut tout de même mieux que rien.

Signalons enfin que cette abrogation a une conséquence curieuse qu'on n'a point encore fait ressortir : celle d'annuler les dispositions de l'art. 2 de la loi du 2 avril relatives au nombre maximum de médecins par département, plus connues sous le nom de « *densité médicale* ». En fait d'ailleurs, ce texte était resté inappliqué.

***

En attendant la retraite corporative, le vieux médecin peut-il invoquer la loi sur la retraite des vieux travailleurs ? *A priori*, la négative semble s'imposer. Et pourtant, si l'on en croit la jurisprudence, il est des cas où son droit à l'allocation pourrait être admis ; nous voulons parler de ceux où le médecin loue ses services à autrui et prend la qualité de salarié.

Une fort curieuse décision est intervenue à cet égard, non pas à propos d'un médecin, mais de l'aumônier d'un hôpital public. Au point de vue juridique, les principes sont les mêmes et ce qui vaut pour l'un vaut pour l'autre.

Donc ledit aumônier réclamait au Service régional des Assurances sociales, l'allocation prévue par la loi du 14 mars 1941. Sur refus de la Direction, il porta l'affaire devant la Commission d'arrondissement, et en appel devant le Tribunal civil de Mende qui, par jugement du 29 janvier 1942 lui donnait gain de cause en invoquant les motifs suivants :

« La convention liant l'aumônier à l'hôpital s'identifie bien avec un contrat de louage de services en ce que l'intéressé s'engage bien à mettre son activité

au service d'une autre personne. La notion de salarié n'est pas exclusive des services d'un aumônier dont l'activité, si elle tend à des fins essentiellement spirituelles, n'en est pas moins rémunérée pour assurer la subsistance matérielle nécessaire de celui qui la déploie.

Nous avons déjà rencontré cette tendance actuelle de la jurisprudence d'étendre très largement la notion de salariat. La Cour suprême l'appliquait à un médecin de sanatorium, par des motifs très voisins, le 26 juillet 1938. La Cour de Dijon, le 25 mars 1942, statuait dans le même sens à propos d'un dentiste.

Concluons donc que tout médecin louant ses services à un employeur public ou privé semble en droit, s'il en remplit les conditions, d'invoquer le bénéfice de la loi accordant une allocation aux vieux travailleurs salariés. C'est là une solution — bien insuffisante certes —, mais au moins inattendue du problème toujours posé de la retraite du médecin.

***

On sait que le ministère de l'Agriculture et du Ravitaillement par une décision publiée au *Journal officiel* du 10 juin 1942 a classé dans les travailleurs de force, 2e catégorie, sous le titre XVIII « Professions médicales », le « personnel exposé journellement à l'action des rayons X et du radium ». On aurait pu penser qu'avec ce texte, les radiologistes allaient pouvoir se faire délivrer sans difficulté la fameuse carte T.

C'était là faire preuve d'un excès d'optimisme. Il nous revient en effet que, dans certains départements, la carte T serait attribuée aux seuls aides du médecin, ce dernier ne pouvant être considéré comme faisant partie de son « personnel ».

Cette interprétation est pour le moins inattendue et courtelinesque. Il est bien évident en effet que le médecin est beaucoup plus que ses aides exposé aux risques de rayonnement et sa qualité juridique de « chef d'entreprise » n'est douée à cet égard d'aucun pouvoir protecteur. Ce qui est reconnu nécessaire à la santé de son personnel, l'est *a fortiori* pour lui-même, et c'est dans ce sens du reste que le dernier *Bulletin officiel* (août 1942, p. 145) interprète lui aussi, l'arrêté précité.

Rappelons enfin que le médecin radiologiste est le plus souvent, non pas un « chef d'entreprise », mais bien un « artisan isolé », comme tel en droit d'invoquer les mêmes dispositions protectrices que les travailleurs eux-mêmes. Il serait peut-être temps que les fonctionnaires chargés d'appliquer les lois se donnent la peine d'en comprendre le sens.

CORRESPONDANCE

4120. — A. M. G. — Libre choix du médecin

Etant nouvellement installé (depuis le 1er juin), je serai heureux de savoir si j'ai le droit de soigner les malades inscrits à l'A. M. G. Je vous demande ce renseignement, car, à une de mes malades qui vient de se faire inscrire à l'A. M. G., le maire de la ville a demandé quel était son médecin. Il lui a signifié ensuite qu'il lui était désormais interdit de changer. Est-il dans son droit en agissant ainsi ?

Dr C.

Réponse

Suivant les dispositions du décret du 30 octobre 1935, l'assisté doit indiquer au moment de la confection de la liste d'assistance médicale ou à l'occasion de sa pre-

mière maladie, le nom du médecin du service départemental auquel il entend recourir.

Ce choix ne peut être modifié avant l'expiration d'un délai de l'année civile que pour un motif grave sur avis conforme du fonctionnaire chargé du contrôle sur place des services d'assistance.

C'est en application de ce décret que le maire a demandé au malade de lui faire connaître le nom du médecin auquel il désirait recourir et la malade ne pourra maintenant changer de médecin qu'au bout d'un an.

Le maire a donc agi dans les limites de ses attributions et s'est borné à appliquer les textes en vigueur. Aucun recours n'est possible, ni de votre part, ni de la part du malade.

4091. — Automobilisme. — Quelques « trucs » pratiques

Je viens vous faire part de quelques « trucs » dont je me sers pour rouler. Ils ne vous apprendront peut être rien d'ailleurs.

1° Marche à l'alcool sur Simca cinq. J'ai fait monter sur ma Simca 5 le dispositif suivant : *a*) boîte rectangulaire en toile s'adaptant sur les collecteurs d'admission et d'échappement fixée par le joint de carburateur, comprenant à sa partie supérieure (milieu de la face supérieure, un tube creux coudé (cadre de moto), relié par un tube de durite amovible à un autre tube coudé qui vient se visser sur la prise d'air du carburateur ; *b*) réservoir accessoire.

Donc départ à l'essence, marche à l'alcool par air réchauffé par l'échappement. Presque pas de différence avec l'essence, Dépense 6 l. 1/2 aux cent. Possibilité de rouler à l'essence en enlevant seulement le tuyau de durite ;

2° Départ d'un vélo-moteur pour marche à l'alcool, le pointeau qui sert au départ pour faire baisser le flotteur étant tombé, je me sers du « trou » pour injecter de l'essence avec une seringue ;

3° Même dispositif sur la Simca pour départ l'hiver par mélange éther-essence injecté par un trou fait pour cet usage.

A l'heure actuelle, pour la Simca, j'emploie un mélange essence-alcool-gazoil, parties égales. avec mon réchauffage. Est-ce que je peux continuer. On m'a indiqué qu'il y avait danger de lavage du cylindre et destruction de la pellicule d'huile.

Dr C.

Réponse

Je vous remercie des renseignements intéressants que vous me donnez dans votre lettre du 31 juillet.

Evidemment, le mélange d'essence, d'alcool et de gazoil ne vaut pas l'essence ; mais, à l'heure actuelle, on est bien obligé de consommer ce qu'on trouve.

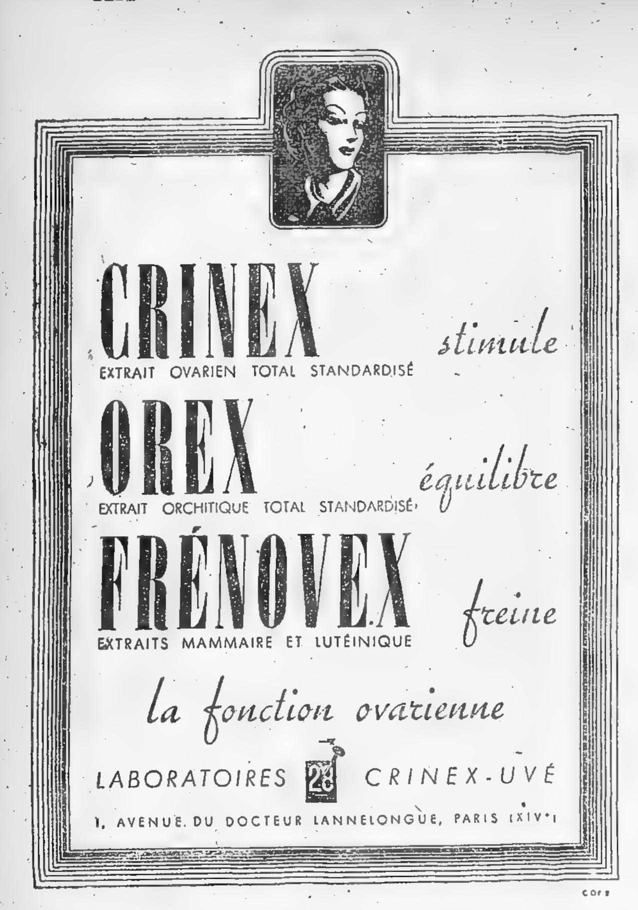
Je ne crois pas que ce mélange vous procure d'ennuis au point de vue graissage : vous auriez plutôt un encrassement des cylindres du à l'utilisaiton du gazoil.

Il est vrai que le gazoil actuel contient une très forte proportion d'essence et on arrive, même, à le bruler seul dans les moteurs à explosion.

Henri PETIT.

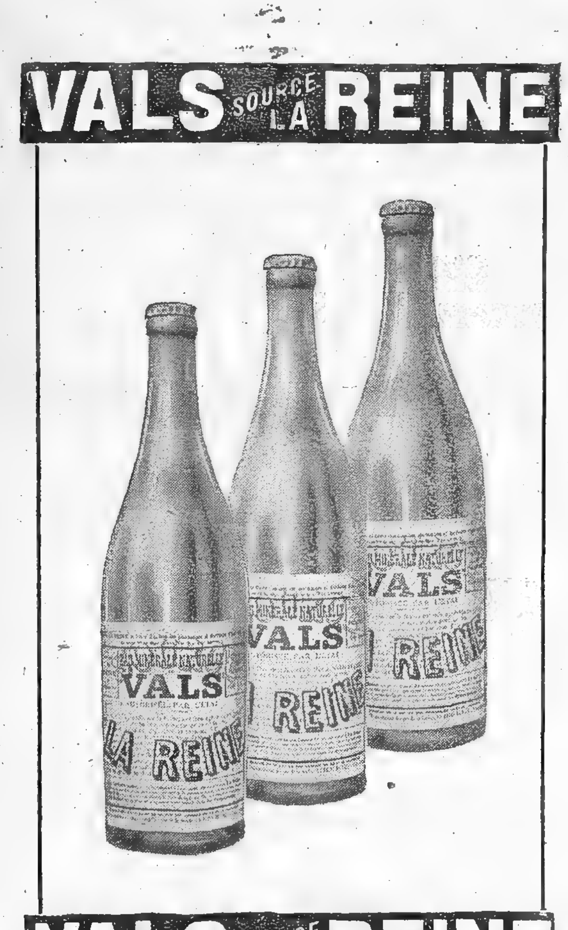


Gérant : J. MIGNON — No d'autorisation : **77** et **Pa 692** Imp. THIRON & CIE, Clermont (Oise)





CHLORO-CALCION



On désinfecte

avec le

FUMIGATOR
GONIN



60, Rue Saussure
PARIS (17e)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — Nos 40 et 41 — DIMANCHE 11 OCTOBRE 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Enseignement de la Radiologie et de l'Electrologie médicales.* — L'enseignement en vue du certificat d'études préparatoires et du diplôme de radiologie et d'électrologie médicales commencera le 15 novembre et le 1er novembre 1942 (stages). Inscriptions avant le 15 octobre 1942.

— **Faculté de médecine de Nancy.** — *Agrégés chargés d'enseignement.* — Sont chargés d'enseignement, à dater du 1er octobre 1942 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1942, à la Faculté de médecine de Nancy : M. Chalnot, Clinique chirurgicale ; M. Bodard, Clinique chirurgicale infantile ; M. Kissel, Pathologie interne ; M. Michon, Propédeutique médicale ; M. Thomas, Clinique ophtalmologique ; M. Grandpierre, Physiologie.

— **Faculté de médecine de Marseille.** — M. Dubouloz, agrégé pérennisé près la Faculté de Marseille, est nommé professeur sans chaire à cette Faculté, à compter du 1er octobre 1942.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

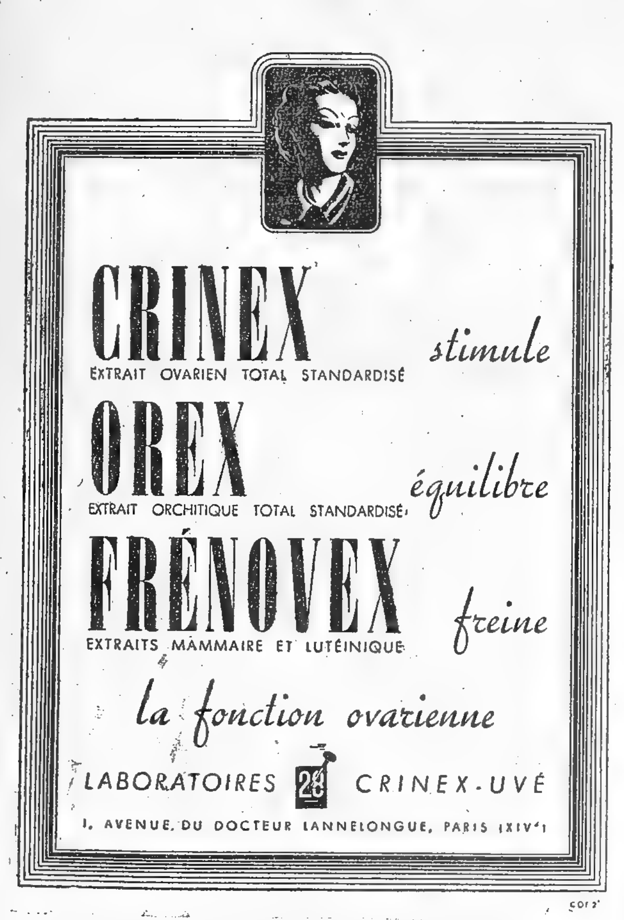
— **Faculté de médecine d'Alger.** — La chaire de Clinique ophtalmologique de la Faculté d'Alger est transformée en chaire de Clinique ophtalmologique et d'ophtalmologie intertropicale. M. le Professeur Toulant, titulaire de la chaire de Clinique ophtalmologique à cette Faculté, est nommé, à compter du 1er octobre 1942, professeur de Clinique ophtalmologique et d'ophtalmologie intertropicale.

— **L'Ecole centrale de puériculture,** qui fêtera bientôt sa 25e année d'existence, reprendra ses cours en novembre 1942 au Comité national de l'enfance, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe). Les cours, sous la haute direction du Docteur A. Lesage, membre de l'Académie de médecine, seront faits par MM. Nobécourt et Lesné, membres de l'Académie de médecine, Chevalley, Clément, Julien Huber, Janet, Marquézy, médecins des hôpitaux ; Devraigne et Vignes, accoucheurs des hôpitaux ; Mesdames Comby, Jammet, Hardouin, Ogliastri, Petot, Poinsignon ; MM. Camus, Rouèche, Vanbockstael.

On peut s'inscrire au *Comité national de l'enfance*, 51, avenue Victor-Emmanuel-III, Paris (VIIIe).

— **Institut régional de puériculture et d'hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest.** — *Enseignement* 1942-1943. — La Fédération des Œuvres girondines de protection de l'enfance organise une nouvelle série de cours pour l'année 1942-1943.

Cet enseignement est réalisé en accord avec l'Ordre des médecins de la Gironde et l'Office départemental d'hygiène sociale ; il est réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité. Il comprend trois sections : Puériculture anténatale (novembre-décembre 1942), Puériculture postnatale (janvier-février-mars-avril 1943), Hygiène scolaire (mai-juin 1943). Il comporte des cours théoriques, des travaux pratiques, des stages hospitaliers.



Des certificats sanctionneront l'assiduité à chacune des trois séries de cours et ces certificats pourront ultérieurement servir, en vue de la désignation des médecins rétribués des consultations prénatales et des consultations de nourrissons que l'Office départemental d'hygiène sociale organise dans le département, comme aussi pour l'Inspection médicale scolaire.

Droit d'inscription à chaque série de cours : 100 francs. Inscriptions au Centre de protection de l'enfance, hôpital des enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

— **Centre de psychothérapie et de réadaptation sociale.** — Un Centre de psychothérapie et de réadaptation sociale, dépendant du Secours national et agréé par le ministère du Travail, est ouvert 25, rue Erlanger (XVI[e]).

Consultation médicale tous les jeudis, de 10 heures à midi, sous la direction du Professeur Laignel-Lavastine et des Docteurs Borel et Duhamel.

Pour tous renseignements, s'adresser tous les après-midi de 15 heures à 18 heures. Téléphone : Jasmin 84-60.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — *Jury* (ordre du tirage au sort) : MM. Albot, Degos, Aubin, Varangot, Seillé, Gérard-Marchant, Chabrol, Garcin, Rachet, Moulonguet, Petit-Dutaillis, Raymond Bernard.

— *Concours de l'externat.* — L'ouverture du concours de l'externat aura lieu le 9 décembre 1942. Les inscriptions sont reçues à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (Bureau du Service de santé) du 2 novembre au 21 novembre 1942.

— *Concours d'attaché d'électro-radiologie.* — Un concours pour la nomination à huit places (au maximum) d'attachés d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris sera ouvert le 4 novembre 1942. Inscriptions 3, avenue Victoria, du 12 octobre au 21 octobre 1942.

— **Hôtel-Dieu de Toulon.** *Internat.* — Un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Toulon aura lieu le 14 décembre 1942. Traitement annuel : de 5.400 francs (1[re] année) à 6.600 francs (3[e] année), plus avantages en nature. S'inscrire (avant le 30 novembre 1942) et renseignements à la Direction de l'Hôtel-Dieu, rue Chalucet, Toulon (Var).

— **Hôpital psychiatrique de Saint-Dizier** (Haute-Marne). *Internat.* — Une place d'interne en médecine est vacante à l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier. Le registre d'inscription est ouvert jusqu'au 15 octobre 1942. Pour tous renseignements, s'adresser au directeur de l'établissement.

— **Hôpital psychiatrique de Sotteville-les-Rouen.** *Internat.* — Un poste d'interne est actuellement vacant à la Maison de Santé départementale de Seine-Inférieure. Condition : 16 inscriptions. Ecrire à la Direction de la Maison de Santé départementale, Sotteville-les-Rouen (Seine-Inférieure).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Françoise ROUSSEAU, fille du Docteur Rousseau (Saint-Aignan-sur-Roë, Mayenne, 1[er] septembre 1942) ; de Martine DIDIER-FOURMONT, deuxième enfant du Docteur Didier-Fourmont (128, avenue Emile-Zola, Paris, XV[e], 24 août 1942) ; d'Alain CHAUVEAU, deuxième enfant du Docteur Charles Chauveau (Domfront, Orne, 6 septembre 1942) ; d'Elisabeth RIOU, sixième enfant du Docteur Amédée Riou (Lannilis, Finistère, 9 septembre 1942) ; de Marie-Colette HERMANT, troisième enfant du Docteur

R. Hermant (13, rue Hoche, Albert, Somme, 20 août 1942) ; de Marie-Lise VANNEY, fille du Docteur P. Vanney (Granges-sur-Vologne, Vosges, 31 août 1942) ; de Marie-Dominique BARRÉ, sixième enfant du Docteur Pierre Barré (Bazancourt, Marne, 10 septembre 1942) ; de Françoise BRÉHANT, fille du Docteur Jacques Bréhant (2, rue Lahitte, Oran, Algérie, 5 septembre 1942) ; de Monique SURREL, deuxième fille du Docteur Paul Surrel (Craponne-sur-Arzon, Haute-Loire, 16 septembre 1942) ; de Bernard GANDOUET, fils du Docteur Jacques Gandouet (Marans, Charente-Maritime, 17 septembre 1942).

— **Mariages.** — Nous apprenons le mariage, célébré le 7 septembre 1942, du Docteur Guy VALOT, de Gérardmer (Vosges), avec Mademoiselle Simone HUGUET, externe des hôpitaux de Paris.

— Cet été, ont été célébrés les mariages de Mesdemoiselles Marie-Geneviève et Marie-Anne DEBERTRAND, filles du Docteur Joseph Debertrand, de Dourdan (S.-et-O.), ancien interne des hôpitaux de Paris, avec le Docteur Jean BOULAY, ancien interne des hôpitaux de Paris, fils de M. Joseph Boulay, professeur de l'Université, et M. Jacques BOULAY, ingénieur E. T. P., fils du Docteur Charles Boulay, ancien interne des hôpitaux de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Yves GUILMARD, de Thiercé (Maine-et-Loire) ; du Docteur MONTSARRAT, de Paris ; du Docteur BOULLE, de Saint-Raphaël (Var), décédé subitement à l'âge de 71 ans, alors qu'il se rendait auprès d'un de ses malades ; de Madame le Docteur Suzanne LECONTE-LORSIGNOL, médecin de l'hôpital psychiatrique de Sotteville-les-Rouen ; de Madame Albert SÉNÉCHAL, née Dauthuille, femme du Docteur A. Sénéchal (6, square Moncey, Paris, IXe) et mère du Docteur Robert Sénéchal, d'Asnières, et de Monsieur André Sénéchal, interne des hôpitaux de Paris ; du Docteur Roger ROBIN, décédé à Châteaubriant le 26 août 1942, dans sa 43e année ; de Mme le Docteur Alice SOLLIER, veuve du Docteur Paul Sollier, décédée à Saint-Cloud ; du Professeur André TOURNADE, du Muséum d'histoire naturelle, membre correspondant de l'Académie de médecine ; du Docteur Paul FOURNIAL, de Mer (Loir-et-Cher), chevalier de la Légion d'honneur, médaille d'argent des épidémies, père du Docteur Jean Fournial, de Mer ; du Docteur Marcel-Louis CATRIN, de Juan-les-Pins, chevalier de la Légion d'honneur, Croix de guerre. Il était le fils du Professeur Louis Catrin, du Val-de-Grâce.

— **Natibaïne Nativelle.** — Dans le numéro du 1er octobre, une erreur d'imprimerie, dont nous nous excusons, a fait attribuer à la Natibaïne Nativelle, une composition concernant un autre produit. La Natibaïne Nativelle est une association contenant exclusivement 1/3 de Digitaline Nativelle et 2/3 d'Ouabaïne Arnaud.

Comité sanitaire de la région parisienne

Le Comité sanitaire a repris ses travaux le mardi 6 octobre à son siège social, 66, rue de la Chaussée-d'Antin, Paris.

Les réunions auront lieu les 1er et 3e mardis de chaque mois.



La carte d'insuline

En vue de ménager les stocks d'insuline, il a été décidé de créer dans les différentes régions des Centres répartiteurs.

Le Centre parisien est installé dans l'un des services de l'hôpital Saint-Antoine, 184, rue du Faubourg-Saint-Antoine. Il a pour secteur les départements suivants : Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Loiret, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Indre (partie occupée), Cher (partie occupée), Marne, Haute-Marne, Aube, Seine-Inférieure, Eure, Calvados, Manche, Orne.

Voici comment sera organisée l'attribution de l'insuline :

Un avis a été précédemment inséré dans la presse aux termes duquel les diabétiques traités par l'insuline sont priés de faire connaître par lettre leur nom et leur adresse au Centre répartiteur, en *joignant à leur lettre une enveloppe timbrée de format commercial ordinaire portant en suscription leur nom et adresse.*

A ces malades est adressé un questionnaire d'ordre médical qu'ils doivent remplir avec l'aide de leur médecin et faire contresigner par celui-ci. Ce questionnaire est destiné à apporter au Centre les éléments d'information nécessaire pour juger des besoins du malade en insuline. Il comporte, en outre, l'indication du pharmacien chez lequel le malade désire toucher l'insuline ; d'ores et déjà, le malade doit se faire inscrire chez le pharmacien en question. En possession du questionnaire, le Centre adressera au malade une carte d'insuline, analogue aux autres cartes de consommation, avec cette particularité que tous les trois mois elle devra être visée par le médecin traitant, dont la signature garantira que le malade se soigne correctement. Cette mesure est destinée à éviter le gaspillage de l'insuline par les malades qui ne veulent s'astreindre à aucun régime.

Le malade titulaire d'une carte d'insuline devra le premier de chaque mois envoyer cette carte au Centre. Elle lui sera retournée dans la première quinzaine du mois, accompagnée d'un bon d'insuline. Le malade n'aura qu'à se présenter chez son pharmacien pour recevoir en échange la quantité d'insuline inscrite sur le bon. Cette quantité, calculée d'après les besoins du malade et l'état des stocks, représentera la ration d'insuline allouée pour le mois suivant la délivrance du bon. Les mêmes formalités se répèteront chaque mois.

Si dans le cours du mois une complication survenait qui nécessite un supplément d'insuline, le malade adresserait au Centre une demande accompagnée d'un certificat médical et un bon supplémentaire lui serait adressé par retour du courrier.

Si le malade tombe dans le coma, le médecin pourra, sans passer par le Centre, et sur simple présentation d'un certificat signé de lui obtenir jusqu'à 2.000 unités d'insuline, quantité suffisante pour le traitement immédiat de cet accident.

Une note ultérieure donnera l'indication des pharmacies où, de nuit comme de jour, le stock d'urgence sera mis à la disposition des médecins.

Les malades traités dans les consultations hospitalières devront faire remplir le questionnaire par le médecin de la consultation. Il leur attribue des bons comme aux malades de la ville. Par contre, rien ne sera changé aux conditions dans lesquelles ils se procurent de l'insuline. Ils devront seulement remettre leur bon à l'organisme dont ils la tiendront.

La date à laquelle la délivrance de l'insuline sera soumise à la réglementation sera ultérieurement indiquée. Jusqu'à cette date, la vente reste libre.

(*Communiqué de la Direction régionale de la Santé*).







Signal d'alarme

Cette communication de notre éminent collaborateur et ami, le Professeur Vignes, pose une question si grave et si vaste que nous avons cru de notre devoir de la publier d'urgence.

Les employées de la firme X., dont il est question, sont, pour leur accouchement, adressées à une singulière clinique et à un inquiétant accoucheur. Il vaudrait la peine d'élucider la question de savoir si cet interventionnisme excessif est seulement le fait de l'incompétence ; ce qui serait moins laid, mais non moins grave.

Nous espérons qu'il suffira d'avoir à mots couverts posé cette question pour que l'Administration en cause s'émeuve et fasse le nécessaire.

Ceci dit, que le Docteur Vignes nous permette de lui faire remarquer que certains de ses termes prêtent à équivoque : il ne s'agit pas là de médecine sociale, mais de médecine de soins organisée (si l'on ose dire !)suivant les normes administratives ; il ne s'agit pas de médecine d'usine, mais de médecine de dispensaire.

La preuve est faite une fois de plus que mieux vaut laisser les médecins organiser la médecine et en surveiller l'exercice.

Madame B. (obs. 1421 de 1942) vient me trouver le 30 juillet 1942 à la Maternité des Enfants-Assistés, pour décision à prendre lors de son accouchement.

Cette jeune femme est employée dans une grande société industrielle et elle a été envoyée, par les soins de l'administration se faire examiner dans une clinique d'accouchement où ladite administration conseille à toutes ses employées d'aller accoucher. Dans cette clinique, elle a été vue par un accoucheur dont je ne connais pas le nom et qui lui a proposé une opération césarienne. Justement alarmée, cette jeune femme s'est précipitée chez le médecin de sa famille qui l'a trouvée tout à fait normale, mais qui, pour mettre sa responsabilité à couvert, me l'a adressée le surlendemain de cette consultation surprenante. Je vois une belle jeune femme, bien proportionnée, bien normale, sans aucun signe de rachitisme ; elle est enceinte de huit mois, dix-neuf jours, elle est facile à examiner et la tête fœtale est si engagée en OIDP à bloc dans le bassin, si bien qu'il ne saurait être question de chercher à atteindre le promontoire. Par curiosité, je pratique la pelvimétrie externe et je trouve des chiffres absolument normaux.

Je conclus que l'accouchement sera vraisemblablement normal. Très inquiète, cette jeune femme me demande à accoucher dans le service, ce que je ne puis lui refuser. L'accouchement a lieu le 19 août. Il dure 12 h. 45, dont 45 minutes pour la période d'expulsion ; l'enfant pèse un poids honorable 3.300 grammes et mesure 495 millimètres. Tout s'est passé pour le mieux. La famille et la patiente, affolées par le mot de césarienne, retrouvent leur calme après la naissance de l'enfant.

C'est probablement cela que l'on appelle la médecine sociale. Toutes les employées de la firme X sont vivement engagées à accoucher dans ladite clinique. Comment ne feraient-elles pas confiance à leurs employeurs qui doivent être renseignés sur la valeur des soins que l'on donne dans cette clinique ? A vrai dire, on se demande sur quel critérium les dirigeants de ladite firme se sont fondés pour s'acoquiner (il n'y a pas d'autre mot) avec cette clinique ? Un peu de ripolin sur les murs ne suffit pas pour faire une clinique recommandable et il ne suffit pas d'écrire sur une pancarte « Clinique d'accouchement » pour que les soins donnés acquièrent une valeur réelle. On ne saurait trop insister sur la médiocrité du nombre de ces « boîtes » qui ne donnent aucune garantie ; c'est une



honte que les pouvoirs publics français tolèrent ces maisons.

C'est une honte aussi que les employées de la firme X courent le risque d'être césarisées dans ces conditions. A cette médecine d'usine, je préfère la médecine qui résulte d'une entente directe entre la malade et le médecin de son choix.

Dr H. VIGNES.

A propos des honoraires pour examen médico-sportif

I. — J'ai lu sur votre journal en date du 10 septembre 1942 à la rubrique correspondance, page XIX-753, sous le n° 3563, la lettre d'un de vos lecteurs au sujet des honoraires des médecins sportifs.

En dehors des différentes mensurations qui peuvent être faites par le moniteur ou l'entraîneur de la Société, l'examen est assez simple. Voir l'article que j'ai fait paraître dans votre journal du 28 septembre 1941.

La Commission médicale du Comité national des Sports dont je fais partie a toujours lutté, contre certaines tendances des milieux sportifs, pour réclamer le paiement au médecin de ces examens.

A l'heure actuelle l'accord est fait :

Le prix des deux visites annuelles est fixée à 15 francs par enfant dans les villes de moins de 150.000 habitants et à 20 francs pour les autres.

Le Commissariat général aux Sports prend à sa charge 10 francs par enfant examiné, le complément étant payé par les municipalités ou les départements pour les examens pratiqués dans les écoles primaires.

Dans les sociétés sportives, un crédit de 5 millions a été prévu pour le remboursement des frais occasionnés aux sociétés pour ces examens.

Dr M.

Nous recevons par ailleurs du Secrétaire du Conseil départemental de Seine-et-Marne l'intéressante communication suivante :

II. — A la suite de la note du *Concours médical*, au sujet des honoraires des examens médicaux sportifs, j'ai l'honneur de vous communiquer la réponse que m'a faite Monsieur Palau, directeur départemental à l'Education générale et aux Sports, de Seine-et-Marne, à ma demande de renseignements toute récente.

« J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'une « prochaine circulaire du Commissariat général « fixera à 10 francs les honoraires des médecins ayant « fait dans les sociétés sportives du contrôle médical « par visites collectives. La circulaire indiquera le « procédé administratif du règlement, mais je ne sais « pas si elle sera valable pour les visites antérieures « à une certaine date plus ou moins actuelle. En ce « cas, il vous appartiendrait de demander à la société « sportive de vouloir bien vous honorer ».

P. S. — La somme de 5 francs devrait être ajoutée, versée sur les Crédits municipaux.

Le Secrétaire : Dr TIXIER, à Rebais.

PARTIE SCIENTIFIQUE

A PROPOS DU DIAGNOSTIC D'UNE HERNIE ÉTRANGLÉE

Par M. le Docteur P. Hardouin,

Professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Rennes

Au mois de mai dernier, un de nos excellents confrères de la campagne d'Ille-et-Vilaine, est appelé de nuit près d'un enfant de sa clientèle, pour crises abdominales douloureuses et vomissements. Il s'agit d'un petit garçon de 13 ans, malingre, présentant de nombreux ganglions de petit volume, particulièrement dans les aines. Au courant de la nuit, cet enfant s'est réveillé, souffrant du bas ventre et il a eu un vomissement. Comme il était porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale droite, son père a pensé qu'il s'agissait d'un étranglement. Après avoir constaté que cette hernie était sortie et douloureuse, il a envoyé chercher le médecin en lui précisant le diagnostic à l'avance.

Notre confrère arrive et, après examen du malade, ne peut que se rallier à l'opinion du père. Il existe au niveau de l'orifice inguinal externe, une tumeur de la grosseur d'une noix, un peu allongée, tendue et très douloureuse au palper.

Par ailleurs, aucun signe de péritonite, le ventre est souple et la région appendiculaire normale.

Le médecin, avant de parler d'intervention chirurgicale, qui serait peut être mal accueillie d'emblée par la famille, va tenter de pratiquer un taxis prudent. Il espère que cette hernie, habituellement réduite facilement et spontanément par le repos au lit, étranglée seulement depuis une heure ou deux, pourrait peut être se réduire sans trop de difficultés. En tout cas, si après quelques essais, ce traitement ne réussit pas, il n'aura garde d'insister et cet échec lui permettra plus facilement de poser l'indication opératoire.

Il pratique donc le taxis, et après quelques minutes de pressions sans violence sur la hernie, il a la chance de voir celle-ci se réduire tout d'un coup. La tuméfaction a disparu et l'orifice inguinal est libre.

Enchanté du résultat obtenu, notre confrère rentre chez lui reprendre son sommeil interrompu après avoir annoncé à la famille que tout est rentré dans l'ordre ; l'enfant ne souffrira plus et va probablement s'endormir.

Mais moins de deux heures plus tard, on sonne à nouveau à sa porte. Le père est là, très inquiet. Le petit malade après une amélioration passagère a été repris de coliques, et, en somme, l'état est le même qu'avant l'intervention. Cependant la hernie ne s'est pas reproduite et la région inguinale est d'aspect normal.

Le médecin traitant, un peu troublé, se décide alors à conduire le malade à Rennes, où je l'examine quelques heures plus tard.

C'est un enfant pâle, très maigre, d'aspect souffreteux, les traits tirés. Le ventre est souple, respire bien, non douloureux à la pression. La région inguinale droite ne présente rien d'anormal à l'inspection, comme l'avait constaté le confrère, et l'index refoulant la peau du scrotum arrive à sentir l'orifice externe du canal, libre de toute hernie. Le testicule est à sa place dans les bourses.

Mais en palpant la paroi abdominale immédiatement au-dessus du trajet, je sens une tuméfaction en arrière des muscles, des dimensions du bout du pouce, difficile à délimiter à cause de la douleur certaine que provoque le palper, et la contraction réflexe qui en est la conséquence, malgré que notre petit malade, probablement par crainte, déclare cet examen non douloureux.

En fait la tuméfaction donne un peu l'impression d'un gros ganglion enflammé.

Ajoutons enfin que l'enfant n'a pas vomi à à nouveau depuis plusieurs heures, mais par contre, il n'a rendu ni matières, ni gaz.

A quoi pouvons-nous penser en présence de pareils accidents ?

Tout d'abord le diagnostic de hernie étranglée porté dès le début n'est pas douteux. L'enfant, porteur d'une hernie depuis déjà longtemps, voit se produire subitement à son niveau un accroissement de volume avec douleurs locales et coliques abdominales, impossibilité d'une réduction jusque-là facile, absence de matières et de gaz, vomissements. Il ne saurait y avoir erreur.

Quelles lésions auraient pu ici prêter à confusion ? La torsion d'un testicule en ectopie peut parfois donner des accidents qui rappellent les symptômes d'étranglement herniaire : tuméfaction subite au niveau du canal inguinal, douleurs vives, constipation réflexe et vomissements; mais ici, la présence du testicule dans les bourses écarte sans discussion cette hypothèse.

On a signalé quelques observations très rares de kyste du cordon enflammé. Il est cependant exceptionnel de voir un kyste du cordon se localiser dans la partie toute supérieure du canal péritonéo-vaginal, et, d'autre part, leur inflammation est peu fréquente. Cependant, il y aurait lieu de retenir ce diagnostic comme possible, le kyste porté par le malade ayant été pris pour une hernie, et son refoulement par taxis n'ayant pas fait cesser son inflammation, les accidents observés se poursuivraient naturellement.

◆

La possibilité d'une adénite aiguë n'est pas à envisager étant donné la région où siège la tuméfaction douloureuse.

Ainsi donc, mise à part l'hypothèse peu vraisemblable d'un kyste enflammé du cordon, on peut assurer que l'affection, dont était atteint l'enfant lorsque le médecin a été appelé, était bien une hernie étranglée.

Mais alors, pourquoi la réduction de cette hernie par le taxis n'a-t-elle pas donné les résultats escomptés ?

La persistance des accidents ne peut provenir que de deux causes :

1° Ou bien l'opérateur en pratiquant le taxis a provoqué une lésion grave de l'intestin, une déchirure par exemple donnant rapidement des symptômes de péritonite aiguë. C'est un accident que j'ai observé plusieurs fois. Il est en général produit par des manœuvres brutales, ou parfois même sans grande violence s'il s'agit d'un étranglement déjà ancien avec une anse intestinale d'une vitalité très compromise.

Ce n'est pas le cas ici et d'ailleurs, chez cet enfant, il n'existe aucun signe de péritonite ;

2° Ou bien l'étranglement n'est pas réduit. La hernie a été refoulée en masse derrière la paroi abdominale par le taxis, entraînant à la fois l'intestin et l'agent d'étranglement le plus habituel, le collet du sac. C'est une fausse réduction, accident rare assurément, mais bien connu et décrit par de nombreux auteurs.

Ce refoulement en masse permet de comprendre au mieux ici la persistance des symptômes observés, et il explique cette sensation de tumeur douloureuse derrière la paroi abdominale au-dessus de l'orifice interne du canal inguinal. C'est le diagnostic le plus vraisemblable et de toutes façons, devant la persistance des signes d'étranglement, une intervention d'urgence s'impose. Elle est pratiquée immédiatement.

L'ouverture du canal inguinal nous permet de reconnaître, au contact des éléments du cordon infiltrés de sérosité, le sac herniaire descendant jusqu'à la vaginale exclusivement. Toute sa partie inférieure et intrapariétale est vide, mais bientôt, sous l'influence des tractions exercées par sa dissection, nous voyons brusquement survenir dans le champ opératoire toute sa partie supérieure qui était effectivement refoulée dans le tissu sous-péritonéal, et formait une tumeur des dimensions d'une grosse noisette. L'incision du sac à ce niveau permet de mettre à nu une petite anse d'intestin grêle noirâtre, fortement serrée, par un anneau en diaphragme, représentant le rétrécissement congénital supérieur du conduit péritonéo-vaginal, bien décrit par Ramonède et siégeant au niveau de l'orifice interne du canal inguinal.

L'intestin ne présentant pas de sphacèle est réintégré dans l'abdomen, et l'intervention s'achève rapidement sans incidents. La guérison est survenue en quelques jours.

Cette complication de la fausse réduction d'une hernie étranglée semble avoir été favorisée ici par la situation très élevée de l'anneau constricteur et par l'œdème des tissus conjonctifs périsacculaires, qui a sans doute facilité son glissement. Quoiqu'il en soit, le médecin qui pratiquera le taxis doit se souvenir de la possibilité de pareils accidents et, devant la persistance des symptômes d'étranglement, il ne doit pas hésiter à faire intervenir sans tarder le chirurgien.

Dans notre observation, la striction serrée de l'intestin aurait rapidement déterminé le sphacèle, et l'intervention retardée aurait sans aucun doute entraîné la mort de l'enfant.

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

Comment parer au déficit actuel de la « ration alimentaire » entre 6 et 21 ans (1)

Le régime carencé actuel engendre différentes manifestations pathologiques : amaigrissement, troubles de la diurèse, avitaminoses, gravité plus grande de la tuberculose. Pour savoir de quelle manière utile parer à ces inconvénients, R. Perrot, médecin assistant à la Salpêtrière, a calculé, d'après les cartes de rationnement du mois de novembre 1941, ce qu'apportent chaque jour aux différents âges (de 0 à 21 ans), les aliments fournis par ces cartes. Il a ensuite rappelé quelles conditions devait remplir un régime alimentaire pour ne pas entraîner de troubles pathologiques, permettre une activité normale et assurer une croissance normale chez l'enfant. Par voie de comparaison, il lui a été possible d'apprécier la valeur quantitative et qualitative du déficit alimentaire journalier.

Il apparaît ainsi qu'à partir de l'âge de 6 ans, la ration alimentaire est insuffisante : *quantitativement*, il faudra donner à l'enfant des aliments non rationnés pour compléter sa ration calorique (de 6 à 12 ans, on devra ajouter environ 300 calories, et 1.300 calories, soit 50 %, de 13 à 21 ans) ; *qualitativement*, la ration est trop faible en protéines, surtout en protéines animales, trop faible en lipides et en hydrates de carbone. Enfin, particulièrement à partir de 13 ans, la ration alimentaire comporte très peu de sels minéraux, surtout très peu de calcium. Il manque les 2/3 du phosphore, un peu plus des 2/3 du magnésium les 3/4 du potassium, les 6/7 du calcium. Cette carence en calcium est particulièrement grave, car à cet âge les besoins du calcium sont très grands : ils sont de 1 gr. 30 en moyenne par jour, alors que la carte de rationnement n'en fournit que 0 gr. 18 environ. A ce déficit de calcium s'ajoute encore le déséquilibre du rapport phosphocalcique, qui est de 0,34 au lieu de 0,8 à 0,9.

Pour compléter la ration alimentaire déficiente, il ne suffit pas de donner à l'enfant son complément calorique en lui fournissant des calories avec n'importe quel aliment. Il faut le faire en respectant le plus possible l'équilibre alimentaire, c'est-à-dire lui

(1) Les restrictions alimentaires et le régime actuel des enfants. (*Le Bulletin médical*, 15 avril 1942).

donner, dans les proportions fixées : protéines, glucides et lipides. Ainsi, à partir de 13 ans, il faudrait chaque jour trouver environ 80 grammes de protéines, dont 50 de protéines animales. Pour cela, on recherchera les abats, la viande de cheval, le boudin, les poissons, les œufs, les mollusques et les crustacés ; on insistera sur la ressource que constituent les sardines salées, assez facilement trouvées dans le commerce. La volaille, le lapin, le fromage maigre, la caséine sèche constituent un appoint important. Les protéines végétales se trouvent assez facilement dans les légumes secs et les châtaignes, par exemple.

Les lipides seront augmentées, en supplément, de 25 grammes environ chaque jour : noisettes, amandes, olives, noix, chataignes, farines d'avoine, d'orge, de maïs, de cacao ; les poissons gras ou demi-gras (sardines), les coques, les moules, les huîtres, la cervelle, le foie et les œufs.

Les glucides réclament un supplément journalier de 200 grammes : légumes frais, navets, rutabaga, carottes, topinambours, fruits secs, dattes, figues sèches, chataignes.

Enfin, l'équilibre phospho-calcique est particulièrement difficile à réaliser, puisque notre régime actuel, très pauvre en calcium, est relativement plus riche en phosphore. On peut le corriger en absorbant des aliments riches en chaux et pauvres en phosphore : citron, orange, mandarine, cresson, pissenlits, épinards, choux, choux-fleurs, figues, dattes, olives. Mais la difficulté de se procurer la majeure partie de ces aliments étant grande, il faut faire prendre chaque jour aux enfants une certaine quantité de calcium sous forme de gluconate, lactate ou formiate de calcium : environ un gramme par jour.

Il est également nécessaire d'absorber beaucoup de vitamines B ; en l'absence de légumes et de fruits en quantité suffisante, on fournira l'ensemble des vitamines B et de la vitamine PP, sous forme d'extrait de levure de bière ou de vitamines B synthétiques. Quant aux autres vitamines hydrosolubles,, elles seront apportées par les fruits et les légumes verts. De son côté, la vitamine A est en quantité insuffisante, puisqu'elle accompagne les matières grasses animales ; mais les provitamines A caroténoïdes sont largement représentées dans les légumes verts, le persil, les salades, les épinards, les choux, les carottes.

Cependant, le meilleur moyen de donner aux enfants, particulièrement au moment de leur croissance maxima (puberté) un régime équilibré, serait d'ajouter à la ration actuelle une certaine quantité de lait : 750 grammes de lait apporteraient un appoint calorique important (450 calories environ, 25,5 grammes de protéines animales, 27 grammes de lipides) et surtout le rétablissement de l'équilibre phospho-calcique, si important chez l'enfant. Ce serait la manière la plus simple et la plus efficace de parer au déficit alimentaire actuel.

G. FISCHER.

LE SYNDROME DE MASCULINISATION DE LA FEMME ADULTE

Bien que rare, le syndrome de masculinisation de la femme adulte offre néanmoins pour le médecin un intérêt pratique assez grand. Sa pathogénie a fait l'objet de nombreux travaux. Au point de vue clinique, une bonne étude en a été présentée par M. J. Varangot, dans le numéro de janvier-mars 1942 de la *Revue de Chirurgie*.

Le syndrome en question comprend quatre symptômes principaux : l'hypertrichose, le changement de timbre de la voix, l'hypertrophie clitoridienne, certains troubles du métabolisme.

L'hypertrichose affecte un type masculin. Elle apparaît à la face (moustache, barbe), au pubis (disposition masculine des poils en triangle à base inférieure), sur le tronc, les membres, etc...

La voix prend un ton grave, en même temps que le cartilage thyroïde se développe, la pomme d'Adam devenant saillante.

Le clitoris augmente de longueur et de volume, ce changement vers la masculinisation s'accompagnant souvent d'aménorrhée.

Les troubles du métabolisme (obésité, diabète) sont également fréquents. Cushing a décrit une forme particulière dans laquelle la virilisation est plus discrète et les troubles généraux et métaboliques importants (syndrome de Cushing).

Pathogéniquement, le syndrome de masculinisation relève essentiellement de la présence dans l'organisme de quantités exagérées de substances androgènes, d'hormones mâles. Mais, quelle est la source de ces corps androgènes ?

On assigne actuellement, dit M. Varangot, deux origines possibles aux hormones mâles qui sont ici en cause : l'une, rare, l'ovaire ; l'autre, beaucoup plus fréquente, la cortico-surrénale. Quand, chez une femme adulte, un virilisme de ce genre apparaît, il faut rechercher la possibilité de certaines tumeurs ovariennes et les néoplasmes de la cortico-surrénale. Les tumeurs ovariennes dont il s'agit sont des arrhénoblastomes, tumeurs qui, en fait, ont une signification testiculaire (R. Meyer).

Le cortex surrénal joue un rôle dans la sécrétion androgène et les tumeurs de cet organe (épithéliomas, adénomes, parfois simple hypertrophie) se retrouvent fréquemment à l'origine du syndrome de masculinisation.

Pour ce qui concerne le syndrome particulier décrit par Cushing en 1932 et attribué par cet auteur à une source hypophysaire, il est constitué par une masculinisation plutôt discrète et une prépondérance des troubles du métabolisme. Maranon, dont l'opinion est partagée par M. Varangot, pense que les symptômes de masculinisation notés en pareil cas doivent tenir, non à l'intervention directe de l'hypophyse, mais à l'association de phénomènes d'ordre cortico-surrénal.

Quoiqu'il en soit et sans négliger les travaux de Cushing sur ce sujet, en présence d'un syndrome net de masculinisation apparu chez une femme adulte, il faudra pratiquer d'abord, pour éliminer la possibilité d'une tumeur ovarienne à type testiculaire, un examen gynécologique complet. De telles tumeurs sont d'ailleurs rares. Rechercher ensuite — et c'est là la cause principale — les tumeurs des surrénales, par la palpation des régions lombaires, la pyélographie, la radiographie après injection d'air dans la capsule périrénale, etc.

La thérapeutique sera liée au diagnostic causal. Contre la tumeur ovarienne : la laparotomie. Contre la lésion cortico-surrénale, s'il s'agit de simple hyperplasie, de petite tumeur, on pourra parfois tenter l'ablation. Les interventions chirurgicales sur la surrénale offrent, il est vrai, une certaine gravité. Dans le syndrome de Cushing, la radiothérapie de l'hypophyse ou des surrénales n'a procuré jusqu'à ce jour que peu de guérisons.

Dans le syndrome de masculinisation de la femme adulte, donc, penser surtout aux lésions de la cortico-surrénale. La surrénalectomie unilatérale, au cas de simple hyperplasie, a donné quelquefois aux auteurs de langue anglaise des résultats assez satisfaisants.

P. LACROIX.

LE TRAITEMENT DES PLEURÉSIES AIGUËS PAR LE SALICYLATE DE SOUDE

Dans un article paru dans le *Concours Médical* du 21 décembre 1941, sous le titre « Pleurésies séro-fibrineuses et rhumatisme », le Docteur Andréassian a publié deux observations de pleurésies séro-fibrineuses, guéries en quelques jours par le salicylate de soude. Nul n'a été moins surpris que moi, puisqu'aussi bien, dans le numéro du 14 septembre 1941 du même journal, j'ai montré que les pleurésies les plus variées, celles qui cliniquement peuvent être cataloguées pleurésies rhumatismales, comme celles qui semblent relever d'une origine tuberculeuse, guérissent admirablement en une dizaine de jours par cette médication.

A cette différence près que j'emploie couramment une posologie plus élevée, 6 grammes au moins par jour tant que l'épanchement subsiste, je suis complètement d'accord avec l'auteur de l'article sur l'utilité d'essayer la cure de salicylate au début de toute pleurésie séro-fibrineuse aiguë « qui n'a pas fait sa preuve » (1). Mais je ne pense pas que le fait qu'une pleurésie guérisse par ce médicament constitue une preuve suffisante de sa nature rhumatismale.

Certes, lorsque l'épanchement précède, accompagne ou suit immédiatement la crise articulaire, on peut admettre qu'il est de même nature que la fluxion, si tous deux guérissent simultanément sous l'influence de la même thérapeutique. Encore, certains auteurs font-ils quelque réserve à ce sujet « A côté des pleurésies rhumatismales vraies, dit le Docteur Courcoux (2), il faut connaître la possibilité de pleurésies tuberculeuses survenant au cours de la crise rhumatismale et dont la nature ne peut être établie que par l'examen bactériologique du liquide ».

Mais, lorsque l'épanchement apparaît seul, lorsqu'on trouve dans les antécédents héréditaires ou collatéraux la notion de tuberculose, lorsque le laboratoire répond, à l'examen cytologique : réaction presque exclusivement lymphocytaire, lorsque la pleurésie s'accompagne d'adénopathie trachéo-bronchique, peut-on porter le diagnostic de pleurésie rhumatismale par ce que le malade a guéri par la cure salicylée ?

J'ai eu l'occasion de traiter, il y a quelques mois, un jeune homme atteint de pleurésie. L'examen cytologique était nettement lymphocytaire, un frère avait fait, quelques années auparavant, lui aussi, une pleurésie. En douze jours, la plèvre s'assécha sous l'influence du salicylate. Vingt-et-un jours après le début de la maladie, un examen radiographique montra, sous la clavicule, du côté atteint, une opacité parenchymateuse entourée d'un cercle flou. Cette opacité fut retrouvée de mois en mois ; au troisième mois, ses dimensions commencèrent à diminuer et le halo qui l'entourait s'était, en partie, effacé ! Cette lésion pulmonaire, peut-elle être aussi attribuée au rhumatisme ?

L'identité clinique des deux affections est complète, dit Conrcoux ; mais l'examen cytologique ? La formule de l'épanchement tuberculeux est une réaction lymphocytaire ; dans la pleurésie rhumatismale, on trouverait de nombreux placards de cellules endothéliales soudées entre elles, avec quelques lymphocytes et quelques polynucléaires et des globules rouges toujours très nombreux. Il est vrai que cette formule serait sujette à certaines variations. Dans toutes les pleurésies que j'ai traitées, le laboratoire a donné une réaction à grosse prédominance de lymphocytes.

Mais si l'on veut faire du salicylate le test qui permet de différencier les deux affections, encore faudrait-il démontrer que l'une guérit par son emploi et que l'autre y résiste. Or, je ne crois pas que cette démonstration ait été faite. Depuis trois ans, j'ai traité par ce moyen toutes les pleurésies que j'ai rencontrées et toutes ont guéri en dix ou quinze jours. A la suite de mon article précédent, j'ai reçu d'un confrère la lettre suivante :

« Votre article, paru dans le *Concours Médical* du 14-9-1941, m'a beaucoup intéressé car j'emploie depuis plus de vingt ans le traitement que vous préconisez pour les pleurésies aiguës, avec cette variante que j'y adjoins le chlorure de calcium à la dose de 2 grammes par jour et que je ne donne que 3 grammes de salicylate. Les résultats que j'ai toujours obtenus sont aussi heureux que les vôtres, particulièrement chez les jeunes gens. Et j'ai vu prendre « bons pour le service militaire » après radioscopie par le Conseil de révision de jeunes garçons de 20 ans, à qui j'avais délivré un certificat constatant qu'ils avaient eu une pleurésie un ou deux ans avant et dont on n'a pas tenu compte, car l'examen ne révélait aucune séquelle. Ils ne s'en sont, d'ailleurs, jamais plaints dans la suite... » La pleurésie rhumatismale est-elle donc si fréquente et la pleurésie tuberculeuse si rare !

Personnellement, je crois que toutes ces pleurésies sont tuberculeuses, mais qu'elles ne sont pas bacillaires. La notion de l'ultra-virus tuberculeux est actuellement bien établie et personne n'y contredit. Dans son livre « le bacille tuberculeux », Vaudremer (1) résume ainsi ses tra-

(1) Il ne s'agit ici, bien entendu, que de pleurésie aiguë dite primitive ou *a frigore*, ce qui élimine les pleurésies à pyogènes, dont la formule cytologique est très spéciale et dont la nature se révèle au microscope ou à la culture ; les pleurésies typhiques, cardiaques, etc...

(2) Traité de pathologie médicale : appareil respiratoire. Tome II, p. 194.

(1) VAUDREMER. — Le bacille tuberculeux, p. 203.

vaux bactériologiques : « La tuberculose acquise peut être provoquée directement par la forme bacillaire de Koch ; elle peut l'être aussi par les formes granulaires ou bacillaires cyanophiles. A ces dernières correspondent les bacilloses septicémiques, les bacilloses inflammatoires, les poussées évolutives et les formes non folliculaires ; à la forme bacillaire de Koch répondent les lésions folliculaires et la tuberculose chronique ». Or la pleurésie séro-fibrineuse aiguë primitive est une bacillose inflammatoire ; au début, le bacille de Koch n'y est, pour ainsi dire jamais, découvert, et l'inoculation au cobaye est le plus souvent négative. Mais ces granules peuvent se transformer en bacilles acido-résistants et il n'est pas rare d'en trouver dans les épanchements anciens.

Quoi qu'il en soit de cette hypothèse, un problème se pose nettement. Il existe des pleurésies séro-fibrineuses aiguës primitives, présentant tous les symptômes de la pleurésie tuberculeuse, qui guérissent par le salicylate de soude dans des délais tels que l'on est obligé de reconnaître que leur évolution est singulièrement raccourcie par l'emploi de ce médicament. Existe-t-il d'autres pleurésies identiques cliniquement et cytologiquement qui résistent à son emploi ? Si oui, deux maladies se cachent sous une même symptomatologie : l'une rhumatismale, l'autre tuberculeuse, et il serait intéressant de rechercher la proportion de ces deux affections.

Mais si toutes ces pleurésies guérissent par le salicylate, que doit-on conclure ? Sont-elles rhumatismales ? Alors la pleurésie tuberculeuse n'existe plus et l'on doit réviser toutes nos connaissances actuelles qui, comme le rappelait le Professeur Sergent (1) dans un article récent, font de la pleurésie primitive une affection tuberculeuse. Sont-elles tuberculeuses ? Alors il faut admettre que le salicylate de soude agit sur certains éléments tuberculeux aussi bien que sur le virus encore inconnu du rhumatisme articulaire aigu. Ne lit-on pas, d'ailleurs, dans l'Encyclopédie médico-chirurgicale (2) « Récemment aussi, on a soutenu la possibilité d'une origine tuberculeuse de la maladie de Bouillaud. La notion de rhumatisme tuberculeux, déjà connue par les travaux de Poncet, repose sur des faits précis : expériences de Paisseau, Vialard et Oumainsky, retrouvant des formes anormales de germes tuberculeux chez le cobaye par des inoculations successives. Les techniques de Loewenstein et de ses successeurs ont mis directement en évidence le bacille tuberculeux dans le sang des rhumatisants articulaires aigus très fréquemment, trop fréquemment même, pourrait-on dire dans un esprit critique... »

Et ceci expliquerait pourquoi le salicylate de soude, traitement héroïque du rhumatisme articulaire aigu, agit si bien dans les pleurésies « *a frigore* ».

Dr E. Mury (Saint-Brieuc).

(1) *Presse médicale*, nos 14-15, 12-15 février 1941.

(2) *Encyclopédie médico-chirurgicale* : Maladies infectieuses, p. 8055, 2.

A PROPOS DU SPORT FÉMININ

On se rappelle que, l'an dernier, M. Maurice Fabre a fait, à la Société française de gynécologie, une communication sur les dangers du sport féminin.

Se basant sur une enquête faite auprès de nombreux gynécologues français et étrangers, M. Fabre divise les sports féminins en deux catégories : 1° Ceux pour la pratique desquels la compétition n'est pas nécessaire : natation, aviron de promenade, ski sans le saut, patinage ; 2° Ceux nécessitant la compétition : tennis, basket, hockey.

Il concluait en disant que, dès le jeune âge, la femme doit pratiquer la culture physique médicalement surveillée, puis le sport à l'adolescence, à condition qu'il s'agisse d'un sport d'amusement et de petite compétition. En aucun cas, les championnats féminins ne devraient être tolérés. Après présentation de ce rapport la Société française de gynécologie émît à l'unanimité un vœu tendant à la suppression des championnats féminins.

Beaucoup ont voulu voir dans ce texte une condamnation absolue de la pratique des sports pour la femme. Ce n'était pas tout à fait exact. Aussi est-ce avec intérêt qu'on lira le texte de la récente circulaire émanant du « Service des sports féminins du Commissariat général à l'Education générale et aux Sports ». Le voici : « Certaines informations parues dans la presse semblaient laisser croire que la Société française de gynécologie avait condamné le sport féminin. Nous tenons à préciser, en plein accord avec la Société française de gynécologie, que cette dernière n'a condamné que les excès des sports féminins et les compétitions féminines inconsidérées ».

Si on a encore en mémoire les accidents qui ont été le résultat de compétitions féminines trop poussées, il ne faut cependant pas oublier, qu'en France et à l'Etranger, la pratique modérée, normale, de certains sports, n'a pas nui, au contraire, au développement physique et à la santé de la femme. L'avertissement donné par M. Fabre, arrivant à une heure où l'Etat prend sérieusement en charge l'organisation du sport féminin, ne peut avoir que des effets salutaires.

Pierre Labignette.

Les Sociétés savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Coquillages insalubres et protection de la Santé publique

(M. BELIN, de Tours. — Présentation par M. G. PETIT ; 9-6-1942)

M. Belin, qui étudie depuis nombre d'années déjà la question des coquillages insalubres, pose aujourd'hui cette question : le décret du 20 août 1939 permet-il d'assurer, en la matière, la protection de la Santé publique ?

L'auteur répond négativement, pour ce qui concerne les moules méditerranéennes en particulier. A son avis, la Santé publique ne sera réellement sur ce point sauvegardée que le jour où seuls seront mis en vente les coquillages provenant des régions *salubres*. En attendant, dit-il, on ne saurait trop recommander aux consommateurs de ne jamais manger de coquillages crus, de moules surtout, de la région méditerranéenne. Aux Etats-Unis, les huîtres sont consommées cuites.

— M. H. MARTEL ajoute que les moules consommées en France proviennent trop souvent de régions polluées.

— M. TANON remarque que le décret de 1939 n'a pu recevoir encore son entière application. Les périmètres de protection sont établis en accord avec les producteurs, dont presque tous sont désireux d'améliorer la qualité de leurs produits. Le reparcage a donné de bons résultats pour les huîtres. Il en donnera pour les moules dès qu'il pourra être installé partout.

Etude radiologique du premier temps de la déglutition

(MM. P. HUET et NEMOURS-AUGUSTE ; 16-6-1942)

Etudiant, au moyen de clichés radiographiques très rapprochés, le premier temps de la déglutition, les auteurs ont trouvé certaines divergences avec des données jusqu'ici classiques. Les dits clichés ont montré que la langue, au début de la déglutition, se dirige en arrière pour amener le bol devant le voile ; puis que sa base s'avance, pour servir de glissière au bol. Le voile du palais a également deux mouvements, un en arrière (aspiration du bol), l'autre en avant. Lorsque le bol a dépassé le voile, le larynx s'élève, l'air qu'il contient disparaît par l'aspiration thoracique.

— M. LHERMITTE a employé cette méthode radioscopique dans l'étude des états pathologiques musculaires de la déglutition.

Les deux œdèmes de carence. Œdèmes hydroprotéiques et œdèmes endocrino-vasculaires

(MM. LOEPER, VARAY et MENDE ; 23-6-1942)

Un premier groupe d'œdèmes de carence est caractérisé hématogiquement par l'abaissement du taux des protéines du sang, l'hypoprotéinémie (œdèmes hydroprotéiques). Un second groupe offre des caractères plus complexes : il s'observe chez des cardiaques jusque-là bien compensés, des petits rénaux, des instables, des thyroïdiens, des hépatiques, etc., qui font à la suite de l'inanition des œdèmes dus à des carences associées, complexes, intriquées, additionnées, du cœur, des vaisseaux, des glandes, des tissus, du système végétatif (œdèmes endocrino-vasculaires).

Du point de vue thérapeutique, le repos, la caséine, la déchloruration peuvent suffire à guérir rapidement les œdèmes de famine. Ils ne guériront bien souvent les œdèmes endocrino-vasculaires que s'ils sont associés au sucre, à l'ouabaïne, au calcium, aux produits thyroïdiens, à l'adrénaline qui peuvent activer le cœur, les glandes endocrines et le système végétatif.

Dératisation et ravitaillement

(M. AUVRAY ; 23-6-1942)

M. Auvray appelle l'attention sur l'importance que revêt, dans les conditions actuelles du ravitaillement, le « problème du rat ». Outre les dangers hygiéniques qu'ils font courir, les rats sont de grands destructeurs de produits alimentaires. La France leur paie à ce point de vue une dîme annuelle de plusieurs milliards de francs. La dératisation doit, dans ces conditions, aujourd'hui plus que jamais, être poursuivie avec rigueur.

Les moyens de destruction des rats sont nombreux, les virus raticides Danysz et Ratin paraissant les meilleurs. Ces virus ont une action collective. Ils agissent en provoquant chez le rat une entérite maligne contagieuse, non transmissible à l'homme, qui peut entraîner une extermination massive des rongeurs. Mais, une organisation de lutte est nécessaire.

— M. Gabriel PETIT remarque que le problème de l'extermination des rats n'implique pas, en réalité, de nouvelles recherches. Avec les animaux destructeurs, les pièges, les gaz toxiques, toute la gamme des poisons, les virus (le Danysz et surtout le Ratin), nous sommes largement pourvus. Toutefois, il faudrait organiser, comme cela a lieu à l'étranger, une lutte méthodique et régulière contre le rat.

L'Académie, à la suite de ces communications, a adopté un vœu dont nous avons fait connaître le texte dans un numéro précédent.

Sur les teneurs maxima en cuivre et en arsenic des moûts de raisin

(M. R. FABRE ; 21-7-1942)

D'après l'arrêté du 14 février 1941, les moûts de raisin concentrés, destinés aux usages alimentaires, ne doivent pas contenir, par kilogramme, plus de 100 milligr. de cuivre et de 1 milligramme d'arsenic.

Le Secrétariat général à la Santé ayant demandé à l'Académie de lui faire connaître son avis sur un projet d'arrêté autorisant l'élévation du taux de l'arsenic dans ces moûts jusqu'à 3 milligr. pour les moûts à 44° Baumé, M. Fabre remarque que si la dose de 2 ou même 3 milligr. d'arsenic n'est pas véritablement dangereuse, il faut tenir compte que d'autres aliments additionnés de produits chimiques sont actuellement admis à la consommation, l'ingestion de ces aliments pouvant être simultanée et prolongée. L'auteur, dans ces conditions propose — et l'Académie se range à son avis — de maintenir à un milligr. maximum la dose d'arsenic à tolérer par kilogr. de moûts concentrés à 44° Baumé.

P. L.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE GYNÉCOLOGIE

Aménorrhées hypohormonales et hyperhormonales chez les jeunes femmes

(MM. Cl. BÉCLÈRE et H. SIMONNET ; 16-3-1942.)

MM. Claude BÉCLÈRE et H. SIMONNET apportent vingt-deux observations d'aménorrhées chez des jeunes femmes, sans infection génitale chronique, avec presque toujours apparition, dès la puberté, des troubles des règles. Ce sont des aménorrhées par troubles primitifs des règles, généralement d'origine congénitale.

Ici, comme chez les jeunes filles vierges, l'étude clinique et les dosages hormonaux ont permis de distinguer deux types tout à fait opposés d'aménorrhée :

1° *Aménorrhée hypohormonale* : Onze observations, soit 50 % des cas.

Dans la moitié des cas, puberté tardive, après 16 ans. De même, dans plus de la moitié des cas, règles d'emblée irrégulières et anormales ; dans plus des 2/3 des cas, périodes d'aménorrhée multiples ou fréquentes ; enfin, dans plus de la moitié des cas, l'utérus est demeuré petit et insuffisamment développé.

2° *Aménorrhée hyperhormonale* : Sept observations, soit 32 % des cas.

Ici, contrairement au syndrome précédent, les chiffres d'hormones gonadotropes sont en général élevés et oscillent de 20 à 40 unités-souris.

De même, les chiffres de folliculine sont élevés et oscillent de 600 à 1.200 unités internationales.

Par contre, dant tous les cas, les chiffres de pregnandiol sont pratiquement nuls.

Cliniquement, dans la presque totalité des cas, les règles sont d'emblée irrégulières. Dans la majorité des cas, les caractères sexuels secondaires et l'utérus sont normaux ou même quelquefois exagérément développés.

Enfin, dans ces aménorrhées hyperhormonales, non seulement le traitement par les hormones gonadotropes et par la folliculine est tout à fait contre-indiqué, mais le seul traitement indiqué est celui de l'hormone du corps jaune. Dans deux cas récents où il a été appliqué, il a donné immédiatement un retour de règles et a produit pour la première fois dans l'existence une suite de règles quasi régulières.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17-4-1942

Un cas de sarcome de l'utérus

M. V. PLANSON présente un cas de cette affection rare, chez une malade de 52 ans.

Vésicule calculeuse ptosée et appendicite

Mme P. BRIAN-GARFIELD relate l'observation d'une malade étiquetée appendicite qui, en réalité, présentait une vésicule biliaire bourrée de calculs, ptosée dans la fosse iliaque droite.

Sur la rareté du tétanos dans l'industrie métallurgique

M. SOUBRANE, analysant 845.000 cas de blessures dans une grande usine, n'a relevé qu'un seul cas sûr de tétanos. Il étudie les indications et les avantages respectifs de la sérothérapie et de la vaccination préventives.

La Presse

Les caractères généraux des thérapeutiques hormonales en pathologie viscérale

H. MOLLARD et H. MASCHAS abordent un sujet qui doit retenir toute l'attention des praticiens, au moment où ils s'engagent dans la voie nouvelle de la thérapeutique hormonale. Les anomalies des sécrétions endocriniennes jouent un rôle considérable, non seulement dans la pathologie hormonale classique, mais aussi dans la pathologie viscérale habituelle. Ces anomalies peuvent animer des lésions silencieuses ou déclencher à elles seules des syndromes qu'une épine irritative localise tantôt dans un organe, tantôt dans un autre, et ces syndromes ne s'effaceront que par la correction du déséquilibre hormonal causal. Ainsi le pouvoir thérapeutique des hormones s'étend certainement bien au-delà de la sphère d'action des organes, qui les sécrètent ; il agit sur un déséquilibre endocrinien probablement complexe, dont nous ne saisissons que la note dominante, vraisemblablement très variable, d'un malade à l'autre, et d'une époque à l'autre chez le même individu. Malheureusement, pour contrôler l'action des hormones, nous ne disposons pas de tests objectifs. La clinique reste actuellement le seul juge possible, grâce à un traitement d'épreuve prudent. L'hormone n'a pas d'action pharmacodynamique à proprement parler, et l'administration trop poussée d'une hormone peut faire renaître, par le jeu de l'alternance, des syndromes disparus ; il en est parfois de même lorsqu'on injecte, par erreur, l'hormone antagoniste. (*Paris médical*, 10 juillet 1942).

Les relations entre l'amputation et l'hypertension artérielle

C'est là une question des plus intéressantes, qui journellement se pose à propos de l'indemnisation des blessés de guerre ; il est fréquent qu'un amputé, devenu hypertensif depuis sa blessure, songe à réclamer que soit reconnue l'imputabilité au service des troubles généraux qu'il présente actuellement. Le plus souvent cette origine est rejetée en premier ressort ; elle est parfois cependant admise par les Tribunaux des Pensions.

C. RAUSCHE apporte des arguments intéressants à l'appui de cette thèse que des relations entre l'amputation et l'élévation de la pression ne sont pas exclues. L'examen de nombreux blessés de guerre dénote, en effet, une pression systolique dépassant 150 mm. de Hg dans une proportion de 24,4 p. 100 des cas chez les amputés, et seulement pour 16,4 p. 100 chez des sujets non amputés et ne présentant pas d'affection circulatoire ou rénale manifeste, mais ayant été cependant blessés pendant la grande guerre. Ensuite, l'hypertension s'explique d'autant mieux chez les amputés, qu'elle augmente de fréquence avec le poids du corps, et que celui-ci, malgré la perte d'un membre, est en accroissement sur la normale chez 55 p. 100 environ des amputés. En résumé l'hypertension a été trouvée à peu près deux fois aussi fréquente chez les amputés que chez les non-amputés. (*Médizinische Klinik*, n° 44, 1939).

G. F.

ANÉMIE
HÉMOGÉNIE
ANOREXIE
HYPOPEPSIE

GASTRHÉMA

ASTHÉNIE
Méthode de Castle

1 à 3 ampoules buvables par jour
17, Avenue de Villiers
— PARIS-XVIIe —



PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LE MAINTIEN DES ÉCOLES DE MÉDECINE DE PROVINCE

Leurs avantages. La formation du médecin de campagne. L'utilité d'enseignements complémentaires facultatifs.

Les Ecoles de médecine de province ont été attaquées récemment et certains sont allés jusqu'à demander leur suppression. Ayant commencé nos études médicales à l'Ecole de Clermont-Ferrand, nous nous croyons capables d'apprécier leurs avantages et leurs inconvénients. On prétend qu'elles facilitent les études médicales en diminuant les frais qu'elles exigent, nous y verrions, nous, un avantage, étant donnés la durée des études et les lourds sacrifices qu'elles imposent aux familles des étudiants.

L'inconvénient d'augmenter de ce fait le nombre des médecins, ne serait pas à considérer si l'on y remédie par la limitation du nombre des inscriptions.

On leur reproche de donner un enseignement insuffisant. Ceci est à discuter et pour aborder cette question, il faut d'abord préciser les buts de l'enseignement de la médecine.

***

L'enseignement de la médecine doit avoir trois buts :

1° Former de bons médecins praticiens de médecine générale, capables, surtout à la campagne, de donner des soins éclairés à tous les malades et dans toutes circonstances ;

2° Procéder à l'apprentissage de chirurgiens et de spécialistes habiles et compétents ;

3° Favoriser ceux qui ont le désir de faire progresser les sciences médicales.

Il est évident que ces deux dernières catégories sont du ressort des Facultés de médecine, mais nous prétendons que pour *former de bons praticiens de médecine générale, surtout devant exercer à la campagne*, les Ecoles de médecine de province offrent plus d'avantages que les Facultés.

D'abord les salles d'hôpital peuvent être ouvertes aux jeunes étudiants dès leur première année et ils peuvent, vu leur nombre restreint, être initiés à l'enseignement de la propédeutique. Le programme de cet enseignement devrait être étendu, à notre avis, à tout ce qui concerne les soins à donner aux malades, à l'administration des médicaments, même à la petite pharmacie. Il est choquant de voir un jeune docteur incapable de rouler une bande, de poser des ventouses, d'indiquer comment on peut changer le linge d'un malade grave, le transporter. Combien de jeunes médecins, consultés par une cliente, sauraient indiquer comment il faut procéder pour faire une infusion ? etc. Toutes choses qui concernent l'infirmière et que le public ignore, devraient être enseignées au médecin. Lorsque nous faisions partie de la Commission supérieure de contrôle des soins médicaux aux pensionnés, nous étions stupéfaits des quantités de tilleul ou de camomille prescrites par certains médecins inconscients, quantités qui, par leur volume, devaient étonner l'entourage du malade et susciter l'hilarité maligne du pharmacien.

Au début de nos études (il y a, il est vrai, un demi-siècle) à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, le directeur exigeait notre présence tous les matins à l'hôpital et tous les après-midi à la salle de dissection. De sorte qu'à la fin de la première année, sans négliger les sciences accessoires (le premier examen de doctorat remplaçait alors le P. C. B.), nous étions capables de faire un pansement, de remplacer un infirmier, de procéder à l'examen correct d'un malade en le palpant, en le percutant et même en l'auscultant, etc. A la fin de la première année, nous pouvions remplir les fonctions d'externe et même à la rigueur d'interne.

Tout étudiant qui travaillait un peu, était certain d'arriver à l'internat et faisait alors un véritable apprentissage de médecine pratique. Les jours de garde, il était tenu de recevoir les malades qui étaient souvent transportés de la campagne. Il lui fallait s'ingénier à arrêter les hémorragies, à réduire les fractures et les luxations, à pratiquer de petites interventions qui ne pouvaient attendre le lendemain. Les critiques du médecin, chef de service, les moqueries des camarades étaient des stimulants suffisants qui mettaient en jeu son amour-propre, en dehors du désir d'être utile au patient. Tout cela éveillait chez lui la conscience de sa responsabilité professionnelle.

Nous ne parlerons pas de l'aide aux opérations, de la pratique de l'anesthésie, des accouchements auxquels pouvaient prendre part tous les étudiants, étant donné leur petit nombre dans chaque service. Le médecin en chef connaissait personnellement tous ses élèves, s'intéressait à chacun. Parfois il les emmenait à tour de rôle dans sa clientèle et leur confiait la surveillance de ses malades en ville. Ils faisaient ainsi un stage complet de pratique médicale.

Les laboratoires d'analyses et d'examen bactériologique et radiologique ne seraient pas encombrés dans les Ecoles de médecine de province et chaque élève pourrait y faire un apprentissage utile.

Mais, nous objectera-t-on, où recruterait-on les professeurs ? Les Ecoles de médecine sont installées dans de grandes villes ; certaines de ces dernières sont même le siège d'une Faculté des sciences où les futurs médecins suivent les cours du P. C. B. On n'aurait aucune peine à trouver des candidats pour le concours de professeur suppléant, titre recherché par les praticiens des villes auxquels il assure une belle clientèle. Pour les sciences accessoires et les travaux de laboratoire on pourrait, comme par le passé, avoir recours aux professeurs de la Faculté des sciences, aux pharmaciens chimistes ou aux spécialistes de la ville.

Un autre avantage qu'offrent les Ecoles de médecine est dans la répartition des médecins dans les campagnes. Au cours de leurs études et des remplacements qu'ils devront faire en fin de scolarité les jeunes docteurs pourront se rendre compte des régions où les médecins font défaut et trouver des postes intéressants.

En somme pour la formation des praticiens de médecine générale, surtout des médecins de campagne, il serait utile d'améliorer le fonctionnement des Ecoles de médecine de province et non de les supprimer.

***

Enfin il serait intéressant d'ajouter des enseignements complémentaires facultatifs qui, n'ayant rien à faire avec la médecine, rendraient néanmoins de grands services au praticien, surtout à la campagne. C'est d'abord l'enseignement sommaire de jurisprudence et d'une comptabilité pour lui permettre de se mettre en règle avec les collectivités et l'Etat.

C'est encore et surtout un enseignement pratique de la mécanique de l'automobile qui est indispensable au médecin de campagne. Il aurait grand intérêt à bien la connaître et pouvoir parer à un accident. Cela nous rappelle une boutade d'un vieux professeur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, Victor Fleury, ancien interne de Dupuytren et excellent chirurgien, qui dirigeait l'Ecole au début de nos études, alors qu'on faisait encore des officiers de santé. « Pardieu, disait-il, on fait enseigner aux officiers de santé l'histologie, dont ils n'auront jamais besoin, ne ferait-on pas mieux de leur apprendre à monter à cheval ? » Nous n'irons pas jusque-là, le médecin de campagne, à notre avis, doit avoir des clartés de tout, mais on ne saurait négliger de lui faire connaître tout ce dont il peut avoir besoin, et qui peut faciliter l'exercice de sa profession. C'est pour cela que nous publions les articles si goûtés par nos lecteurs, de notre savant collaborateur, l'ingénieur Henri Petit, sous la rubrique : *Chronique automobile.*

J. Noir.

LA NOUVELLE CORPORATION MÉDICALE

Commentaire de la loi du 10 septembre 1942

Annoncée lors de la Conférence d'Aurillac, la nouvelle Corporation médicale vient de voir le jour avec la loi du 10 septembre 1942. Ou plutôt l'institution est née, il reste à charger les hommes de lui donner sa véritable figure. Avant que de l'étudier de plus près, il n'est point inutile de rappeler le pourquoi de cette réforme à seule fin de la mieux comprendre.

En bref, l'Ordre créé par la loi du 7 octobre souffrait d'un grave défaut de constitution. On a pu se demander longtemps s'il n'était qu'organe disciplinaire, ou s'il était aussi corporation. En ses Conseils étaient confondus la charge de défense corporative (qu'on cherchait même un jour à leur retirer) et les pouvoirs disciplinaires, dont la dualité évidente ne pouvait se résoudre par une simple unité de façade. Et les organes agissants de cet Ordre (non plus d'ailleurs que leurs membres) n'avaient de contact ni de communion avec les praticiens. La confusion des fonctions portait naturellement à l'abus de pouvoir des juges trop proches des justiciables et mal éclairés. Dans de telles conditions, l'immobilisme et la paralysie ne pouvaient qu'en résulter, à moins que le disciplinaire n'en vienne à prédominer nettement sur le corporatif. Des exceptions nombreuses, dont la Seine par exemple, pourraient être invoquées, il n'empêche que globalement l'institution avait annihilé les meilleures bonnes volontés.

Un organe neuf, mieux différencié, à la charpente harmonieuse et bien articulée, vient de nous être offert. Il importe que le Corps médical en prenne une nette conscience.

1° La compétence de l'Ordre

L'Ordre qui meurt était d'autre part par trop étriqué. Légalement, il n'englobait que les praticiens de la médecine de soins. Une base aussi étroite à l'heure où se développe chaque jour la médecine de contrôle et de prévention lui retirait par avance tout rôle social d'envergure.

Un pas immense, dont on détermine encore mal la portée, vient d'être fait par l'art. 54 de la loi nouvelle, qui répute exercice illégal de la médecine, l'*accomplissement répété d'actes médicaux par toute personne non inscrite au Tableau de l'Ordre.* Le législateur, fort sagement à notre sens, n'a point défini l'acte médical. Il fallait laisser ce soin à la doctrine et à la jurisprudence, seule capable de souplesse et d'évolution. Nous proposerions quant à nous : *acte médical*, tout acte fait en dernier ressort, tendant directement ou indirectement à garder ou guérir le corps de l'homme, pris individuellement ou en groupe.

Qu'on prenne ou non une définition aussi extensive il n'en est pas moins que nous débordons largement sur le cadre traditionnel de la médecine de soins où nous enfermait la loi de 1892, même après les modifications à elle apportée le 26 mai 1941. Du coup se trouvent englobées dans la corporation, la médecine du travail, la médecine de contrôle, la médecine

préventive. Et nous y trouvons même les médecins fonctionnaires, gardiens de la santé publique; nous n'en voulons pour preuve que l'art. 40, § 3 réglementant en ce qui les concerne la procédure disciplinaire.

2° Structure.

Tout d'abord *un* Ordre national, qui est la Corporation elle-même. La loi ne le dit pas, mais le mot est dans la Conférence d'Aurillac et dans les commentaires officiels, et les attributions que prévoit l'art. 1er (garde de l'honneur, de la moralité, de la discipline, défense et gestion des intérêts *corporatifs*) ne permettent point d'en douter. Parce que cet Ordre est corporatif, il ne souffre pas de concurrent. Tout *groupement de médecins* placé sous le régime du Code du Travail ou de la loi de 1901 est *interdit* dès lors qu'il a pour but la défense des intérêts professionnels ; en cas contraire, il reste néanmoins soumis à autorisation ministérielle (art. 49). C'est par là condamner à mort certaines associations de *spécialistes* que la force même des choses avait reconstituées. Il est vrai que les intérêts des spécialistes seront sauvegardés, les collèges et le Conseil national devant s'adjoindre l'un d'eux pour toute question les concernant (art. 6, § 6, art. 15 *in fine*).

Cet Ordre *unique* exerce ses *diverses missions* par l'intermédiaire de ses *organes* : les *Conseils* des Collèges départementaux, régionaux, national.

La cellule de l'Ordre, c'est le *Collège départemental.* On ne pouvait trouver meilleur nom : qu'est-ce qu'un collège sinon l'ensemble des personnes régies par une même loi ? Et cette loi est départementale, donc nuancée et variée. D'autre part, ce que l'on groupe aujourd'hui ce ne sont pas, comme en 1940, quelques médecins désignés constitués en Conseil, isolés au milieu des leurs, mais bien l'ensemble du Corps médical local, *auquel on donne la personnalité civile* (art. 50). La cellule n'est plus un rouage, mais un corps qui devient une personne, dignité à laquelle autrefois, l'Ordre national seul avait droit, et dont chose curieuse, il paraît aujourd'hui privé. On remarque là encore la décentralisation.

Les rouages de l'Ordre, de la Corporation, sont les *Conseils.* Un compromis entre la représentation et l'autorité règle la nomination des *Conseils des Collèges.* Saluons ce pas encore timide vers l'élection (art. 57). C'est à ces Conseils que revient l'*action corporative.* Nous l'étudierons plus loin.

Le rôle *disciplinaire* et *juridictionnel* est confié aux *Conseils régionaux* (régions sanitaires). Cette séparation des pouvoirs n'entraînera pas de division, car le Conseil s'il est nommé par voie d'autorité émane des Collèges qui le proposent (art. 9). Le *conseil juridique,* magistrat, assiste dans tous les sens du terme, et cette assistance est opportune, les faits l'ont prouvé, mais il ne prééminе pas. Le *ministère public,* qui manquait jusqu'alors, revient au Directeur régional de la Santé, et l'on reste entre médecins.

C'est au Conseil régional que revient le rôle de *constituer* l'Ordre, c'est-à-dire de dresser le *Tableau* (art. 34 à 39). Ce rôle est proche en effet de celui de juger : il faut apprécier la régularité des cas, la moralité des candidats, et cet éloignement du cercle local ne peut qu'être favorable à l'impartialité. Seules l'irrégularité ou l'immoralité peuvent motiver un refus d'inscription. Il n'y a donc, pas plus qu'avant, maîtrise du Tableau, et cela est mieux ainsi. La loi, à l'inverse de celle du 7 octobre, organise elle-même la procédure d'appel. Les voies de recours appartiennent, non seulement à l'intéressé, mais encore aux Conseils des Collèges, et au Secrétaire d'Etat (art. 38).

A la tête de l'Ordre siège un *Conseil national* (il n'est plus « supérieur » ce qui est mieux) qui le personnifie au sens propre du terme, puisque doué de la personnalité civile que l'Ordre lui-même ne possède pas (art. 50). Il y a là par rapport aux Collèges un défaut de symétrie à notre sens critiquable. Image de l'Ordre, un et multiple à la fois, il coordonne l'action corporative des Collèges, représente la corporation sur le plan national (art. 12), et par sa *chambre de discipline* (art. 43), constituée en son sein par ses membres eux-mêmes, statue en appel des Conseils régionaux. Fronton placé au sommet des deux piliers de l'Ordre, il en garantit encore l'unité.

Son *mode de nomination* est complexe et cherche visiblement l'équilibre entre des conceptions opposées : représentatif, en la majorité de ses membres issus des régions, par un procédé encore inconnu; aristocratique, en ce qu'il comprend un membre de l'Académie et scelle une union qu'on pouvait croire compromise ; cooptatif en ce que 5 de ses membres sont choisis par le Conseil lui-même (art. 15).

Rouage suprême de l'Ordre, le *Secrétaire d'Etat à la Santé* apparaît comme le chef de la Corporation, auprès duquel le Conseil national joue le rôle que remplit le Conseil d'Etat dans le Gouvernement. Ses interventions sont multiples : il nomme sur élection les Conseils des collèges, sur proposition les Conseils régionaux et le Président du Conseil national (art. 16). Il peut faire appel des inscriptions au Tableau ou mettre en jeu l'action disciplinaire (art. 40). Il contrôle enfin les travaux du Conseil national, en y accréditant ses représentants, en se faisant communiquer préalablement l'Ordre du jour (limitatif) de ses délibérations, et dans les deux jours, les décisions prises sur le plan corporatif. Il dispose enfin, ce qui est plus grave, d'un pouvoir d'annulation pour illégalité, et d'un pouvoir de veto d'une durée de deux mois. (art. 17).

Par lui, la Corporation s'insère dans l'Etat, qui exerce ainsi un indispensable mais bien rigoureux *contrôle.* Il reste à savoir quel usage sera fait en pratique des redoutables armes que le ministre s'est fait donner.

3° L'action corporative

Elle appartient au premier chef, aux Collèges départementaux. Son aspect le plus immédiat, le plus urgent aussi, est, comme il en va des Comités d'organisation dans l'industrie, la répartition des matières premières (essence, etc.). Elle comporte en second lieu la participation aux Commissions administratives prévues par les diverses lois de médecine sociale. Chargés de la gestion des intérêts corporatifs, les Conseils des collèges expédient les affaires courantes, concluent les Conventions avec les Caisses ou tout autre organisme, adaptent et appliquent localement les règles générales prises par le Conseil national.

Mais cette action corporative a également une autre face plus noble, dynamique, créatrice, qui est l'*organisation de la profession.* La loi (art. 2, § 2) attribue formellement ce rôle aux Conseils collégiaux ; c'est là une innovation, un progrès capital sur la loi du 7 octobre. En ce domaine tout est à faire, le bilan des deux années passées se soldant au mieux par zéro. Et l'organisation professionnelle reste, à notre sens, la meilleure forme de la « défense des intérêts ». Certes le texte légal se borne à énoncer ce principe ; mais aux conseillers des collèges revient la lourde tâche de lui donner la vie.

Un cas particulier de l'action corporative est l'*action en justice* contre les *illégaux.* La loi (art. 5) permet expressément ce qui, auparavant, avait soulevé des doutes, la *constitution de partie civile* par les Conseils collégiaux. Regrettons seulement que ce rôle de représentation en justice soit ainsi limité à l'exercice illégal. Il nous paraît nécessaire que l'action



PASSIFLORINE

Le médicament des cœurs instables

La PASSIFLORINE
par sa composition atoxique
PASSIFLORE — AUBÉPINE — SAULE
est un calmant
du Système végétatif
et un
Régulateur toni-cardiaque

LA PASSIFLORINE
est le grand remède phytothérapique
de l'Eréthisme cardiaque
avec
Palpitations et Tachycardie

Laboratoire G. RÉAUBOURG, Dr en Phie
115, rue de Paris - BOULOGNE-sur-SEINE



A cinq mois, sa première bouillie

Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine lactée **diastasée** SALVY permet dès le 5e mois de **compléter l'allaitement** de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydrocarbones éminemment digestible et bien assimilable.

La farine lactée **diastasée** SALVY facilite la préparation du sevrage et y conduit sans troubles digestifs.

Préparé par BANANIA

FARINE*
LACTÉE **DIASTASÉE**
SALVY

* Aliment rationné vendu contre tickets



2. O.: JEAN THIBAULT · Agent général · 167, rue Montmartre · PARIS

corporative devienne aussi vaste et générale que l'ancienne action syndicale.

L'organisation de la *prévoyance corporative* a fait également un grand pas. Plus besoin de loi spéciale pour la mettre sur pied. Les art. 6 et 13 de la loi du 10 septembre y pourvoient. Sous réserve d'approbation du Conseil national, les Conseils collégiaux peuvent créer tous organismes de solidarité pour les médecins et leurs familles, participer à leur fonctionnement, ou conclure des conventions avec ceux déjà existants. Il en va de même du Conseil national. L'affiliation des médecins à ces organismes ne peut être rendue *obligatoire* que par *un décret* en Conseil d'Etat. Ce régime souple, décentralisé, respectueux des œuvres antérieures, si différent de celui de la Caisse unique et de la table rase, apporte aux médecins les garanties nécessaires.

La règle corporative essentielle, en notre domaine, c'est la *déontologie*. L'établissement d'un Code est prévu (art. 18) ; on sait par ailleurs que le Code actuel est en pleine refonte depuis quelque temps déjà. Mais pourquoi confier son établissement au Conseil d'Etat, après avis du Conseil national ? Il eut fallu à notre sens retourner la proposition, charger du travail de base la Corporation elle-même, et ne laisser au règlement d'administration publique donnant au Code sa base légale qu'un simple rôle de mise en forme juridique. Les *règles d'exercice* de la profession médicale vont donc être fixées par un *décret*. La médecine se situe ainsi sur un échelon intermédiaire entre la fonction publique et l'activité privée. Il faut reconnaître d'ailleurs que c'est là la marque du droit nouveau, qui consacre la fin du libéralisme, et que le droit corporatif tient plus du droit public que du droit privé.

Notons enfin que la loi sur la Corporation reconnaît expressément (art. 12) la compétence de principe du Corps médical et de son Conseil national en matière d'organisation de la *médecine sociale et de protection de la santé publique*. C'est là l'ébauche, modeste encore, d'un sillon qu'il appartiendra à l'Ordre d'élargir et de forcer au besoin.

4° Discipline et juridiction

C'est, nous le savons, aux Conseils régionaux que revient essentiellement la fonction disciplinaire et juridictionnelle. Ils seront en pratique mis en œuvre le plus souvent sur plainte des Conseils collégiaux. Toutefois le droit de déclencher l'action disciplinaire appartient également au Conseil national, au Conseil régional lui-même ; le secrétaire à la Santé peut enfin enjoindre de l'intenter.

Quelles *infractions* peuvent donner lieu à sanctions disciplinaires ? Ce sont en principe celles faites au *Code de déontologie*, ainsi qu'aux lois et règlements (soit publics, soit intérieurs à l'Ordre dans la limite de leur légalité). Mais on ne saurait se borner là, la loi (art. 40) y ajoute les manquements aux règles de l'*honneur* et de la *moralité*. Par là, il faut entendre à notre sens, non seulement la moralité générale, mais encore la moralité professionnelle (devoirs à l'égard des confrères et de la profession). Le Conseil régional a donc une mission plus large que celle d'un simple tribunal pénal ; le Code de déontologie n'est pas l'alpha et l'oméga du droit disciplinaire, il reste encore toute la partie non écrite qui est peut-être l'essentielle, l'honneur ne souffrant guère d'être mis en articles.

La *procédure* disciplinaire est enfin légalement organisée et ne dépend plus comme autrefois d'un simple règlement intérieur modifiable à volonté.

Notons, en dernier lieu, que le législateur n'a point eu encore l'audace de confier à l'Ordre la *plénitude de juridiction*. L'art. 45 laisse subsister les diverses juridictions disciplinaires instituées par les lois sociales. Nous avons déjà dénoncé cette erreur. La loi du 10 septembre constate la naissance de la corporation, elle n'en consacre pas encore la maturité. C'est en cela qu'elle conserve la marque du provisoire et de la transition.

* * *

Un texte en préparation va réglementer prochainement l'élection des Conseils collégiaux. Dans les trois mois de sa publication, ces Conseils seront élus, trois mois après entreront en fonction Conseils régionaux et Conseil national. Jusqu'alors les Conseils actuels restent en fonction.

Par ailleurs, nous croyons savoir que le statut corporatif de la pharmacie serait en révision, et qu'on étudierait actuellement l'organisation professionnelle des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

Peu à peu se constituent les membres de cette future corporation de la Santé qu'il faudra bien articuler un jour. Simultanément, l'on entreprend la réforme des études médicales. Il serait vain de limiter cette réforme à une simple modification technique de l'enseignement. Il faut au contraire qu'elle converge également vers l'édification corporative de demain, et que les Facultés enrichissent progressivement la communauté médicale de nouvelles générations, d'emblée pourvues de l'information sociale que seule l'expérience a pu donner aux anciennes.

La loi actuelle a prévu et permis l'union de tous les médecins concourant au maintien de la santé. Il faut que cette union légale devienne union de fait et que chaque praticien enrichisse son horizon de celui des confrères qui œuvrent parallèlement à lui. Cette création continue de la corporation fera que les plus hautes missions sociales lui seront naturellement confiées, alors qu'elle est réduite encore à les revendiquer aujourd'hui.

Jean MIGNON.

LA CHIRURGIE A AUSSI SES SPÉCIALITÉS

J'ai lu avec intérêt les vœux des chirurgiens de la Sarthe.

La rédaction de ceux-ci suggère des réflexions assez variées.

Il est, dans ces vœux de fort bonnes choses. Rappeler que l'organisation de la profession doit appartenir à ses membres sous le contrôle de l'Etat est fort bien ; mais la manière dont est rédigé le texte, tend à accréditer l'existence d'une hiérarchisation simpliste de notre part, à faire admettre l'existence d'une super médecine ; la Chirurgie.

Ce n'est pas une école de chirurgie qu'il faut créer, mais des diplômes de spécialistes ; ou, alors, il faut créer aussi une école d'O. R. L. une école d'ophtalmologie, etc... Les diplômes de spécialistes doivent ne pas constituer une prééminence, un grade supérieur dans la médecine. Ils doivent seulement permettre à leurs titulaires de se dire spécialistes sans constituer de monopole à leur profit.

La qualification des spécialistes s'impose, mais elle doit donner lieu à un travail d'ensemble où les chirurgiens (généraux) ont tort de vouloir faire cavalier seul.

Le texte de ces vœux est d'ailleurs si peu clair par endroits qu'à aucun moment il n'est possible de savoir s'il s'agit seulement de la chirurgie générale.

Les chirurgiens sarthois semblent vouloir opposer chirurgie (générale) et médecine en général !

Permettons-nous de leur faire remarquer que nous

n'en sommes plus aux temps héroïques d'Ambroise Paré pour les membres, ni de Kœberlé pour les viscères.

Il semble aussi désuet de vouloir nier le démembrement progressif de la chirurgie (générale) qu'il le serait pour un praticien général de nier l'existence de spécialités purement médicales (dermatologie, gastro-entérologie, physiologie, neurologie, etc...) sous le prétexte que la médecine (générale) est son fief réservé.

De même, il nous semble difficile d'admettre cette phrase « Au-dessus de K20, les malades ne seront « remboursés par les Caisses d'assurances sociales que « s'ils ont été opérés par un chirurgien qualifié ».

Là non plus le texte n'est pas clair.

De quels « chirurgiens qualifiés » s'agit-il ?

A aucun moment dans le texte des chirurgiens sarthois, il n'est fait mention — personne pourtant ne peut la nier — de l'existence de branches chirurgicales spécialisées.

Si, comme le contexte porte à le croire, les chirurgiens sarthois n'ont eu en vue que la chirurgie (générale), ils omettent tout simplement des faits importants.

Nous ne prendrons que quelques exemples : renvoyant pour plus de détails à la nomenclature générale de spécialité des Assurances sociales.

L'O. R. L. ne pourrait plus faire d'amygdalectomie : K24 ; plus de résection de cloison : K40 ; plus de mastoïdites : K80.

L'ophtalmologiste, plus de tarsorraphie : K30 ; d'iridectomie : K40 ; plus de cataracte : K60 ; plus de sclérectomie : K80.

Pour le gynécologue, plus de périnéorraphie : K60 ; plus de césarienne vaginale : K60, de césarienne abdominale : K 80.

Nous en passons... Mais si l'on s'en tient à la lettre du texte des chirurgiens sarthois, tel neurochirurgien célèbre « n'exerçant pas exclusivement la chirurgie », ne pourrait plus opérer valablement les malades, il y a quelques années abandonnés de tous et qu'il arrache journellement à la mort ?

Vraiment est-ce là ce qu'ont voulu dire les chirurgiens sarthois ?

Le vœu sur la représentation des chirurgiens au sein de la corporation ne voit également qu'un tout petit côté de la question.

C'est l'ensemble des spécialistes qui devra être représenté en un groupement homogène et non par X commissions et comités représentant chacun une spécialité donnée.

Lorsque l'on parle de spécialisation en médecine, il est un côté du problème qui n'est jamais évoqué.

La spécialisation est en effet non seulement une question de qualification ou ultérieurement d'études spéciales organisées dans ce but. Elle est aussi et surtout née des facilités de transports et des agglomérations humaines toujours plus denses, et elle reste soumise aux variations de ces deux facteurs dans le temps et dans l'espace.

On ne voit pas une équipe de spécialistes dans le bled où le praticien général qui a accepté ce risque doit tout faire par lui même, au mieux, suivant sa conscience. L'honnêteté foncière doit présider à tous nos actes professionnels. La première honnêteté consiste, lorsqu'il existe à portée un spécialiste qualifié à lui abandonner les actes médicaux qui ressortentde sa spécialité.

La France n'est pas en avance pour organiser ce travail d'équipe, bien plus profitable, qui naît de l'abandon apparent, par chacun, de certains intérêts immédiats.

La position prise par les chirurgiens généraux n'empêchera pas la chirurgie de continuer à se diviser en branches, chacune suffisamment autonome pour exclure l'exercice habituel des autres dans les grands centres où de nombreux médecins sont groupés.

Que les chirurgiens français daignent jeter un coup d'œil sur le monde entier, qu'ils daignent interroger ceux d'entre eux qui ont beaucoup voyagé, ils admettront peut-être alors que la défense de la chirurgie générale « entité-tabou » est déjà d'un autre âge et que celle-ci, qui garde ses droits dans certaines conditions d'exercice (petites villes ; groupes humains peu importants) aura vécu avant peu, dans tous les cas où l'exercice de la chirurgie spécialisée par organes pourra être réalisé.

Dr J.-M. Auclair (Argenteuil).

CHEZ LES CORPORATISTES

Sous la présidence du Docteur Guérin, le dimanche 4 octobre dernier, le Groupement Corporatif sanitaire français tenait son premier Congrès. Y assistaient environ 300 médecins, dentistes et pharmaciens. Le lever de rideau était assuré par les exposés incolores, indolores et sans saveur d'un dentiste et d'un pharmacien. Puis le Docteur Vignard, venu de Lyon tout exprès pour faire connaître l'opinion des confrères travaillant sous l'égide du Centre d'études corporatives dans une zone, moins libre que non occupée, critique en termes d'obstétrique, l'Ordre de 1940 qu'il compare successivement à Minerve, à un prématuré, puis à un avorton non viable. Un sauveur nous est-il né le 10 septembre ? N'allons pas jusque-là, mais le fonctionnarisme menace. Il faut union et discipline derrière nos chefs, contre ceux qui nous combattent, et l'on fera peu à peu la corporation véritable.

D'une voix vigoureuse, le Professeur Aubertin rappelle les méfaits dans le domaine médical du libéralisme d'avant-guerre, qui ne connaît pour loi que celle de la jungle. Il rend un courageux hommage aux Syndicats, qu'affaiblissait l'abstentionnisme, et dit ses espoirs déçus par l'Ordre de 1940. Cet Ordre a fait fiasco pour trois raisons : la crainte de l'élection nous a donné des chefs sans mandat, sans compétence, sans doctrine, la jurisprudence du Conseil supérieur a miné l'autorité des Conseils départementaux, enfin, les Pouvoirs publics n'ont cessé de porter atteinte à la profession (tarifs publics inchangés, querelles du fisc, le dictateur régional de la santé ; l'Institut sanitaire, la lésinerie des Caisses d'assurances sociales, etc...). La liste est longue mais complète et véridique. Nous avons déjà eu nous-mêmes à la dresser. La loi du 10 septembre créant le nouvel Ordre est un progrès en ce qu'elle institue la séparation des pouvoirs et régionalise l'organe juridictionnel. Mais elle constitue toujours une organisation par le haut et ne fait point réellement place à l'élection. Elle consacre enfin la mise en tutelle de la corporation par l'Etat.

A cette partie critique fort bien venue, succède la construction de la corporation dans un monde meilleur. Nous reviendrons un jour plus en détail sur cette conception corporative qui fait de larges emprunts à La Tour du Pin, puis à Raymond Bernard, mais que n'ont connues ni l'histoire, bien qu'on s'y réfère, ni les temps modernes, et qui nous paraît ressortir davantage à l'horlogerie qu'à la sociologie.

Nous en ferons aujourd'hui une critique globale : il semble que ces farouches antiparlementaires ne songent, tout imbus qu'ils en sont malgré eux, qu'à recréer le parlementarisme au sein de la profession,

forteresse soigneusement close, défendue contre un Etat fort, satisfait sans doute de la force en soi, ne l'exerçant que sous l'aspect d'un timide droit de contrôle à lui tout juste reconnu. Ces antilibéraux ne cessent pour eux-mêmes, de revendiquer des libertés. Quant à cette fédération de républiques et de parlements professionnels, elle ne nous parait guère constituer la solution corporative de demain. Et c'est un fait que l'indépendance et la volonté de puissance est transposée aujourd'hui du plan de l'individu sur celui de la nation, mais non sur celui du métier.

C'est un autre fait également que la description du paradis médical mis par la Corporation-providence hors des atteintes de l'Etat suscite chez l'auditoire plus d'ennui que d'enthousiasme. L'homme ne serait-il donc point fait pour ce bonheur immobile et réglementé ? Il serait temps de s'en apercevoir.

La voix d'or du Docteur Guérin apporte alors à l'Assemblée la dose de passion qui lui manquait. Avec humour, il fouaille son public, qui veut du sang et non des homélies. Mais aujourd'hui, plus de ministre à dévorer, quant au Conseil supérieur, serait-il séant d'offrir un cadavre en pâture ? Il reste heureusement « ces bons juifs » et les étrangers. Alors l'Assemblée se déchaîne, s'extasie, et, ce que les idées n'avaient pu faire, vibre enfin longuement.

Mais il faut bien tout de même parler corporation. Tribun de classe, le Président (le mot lui va si peu qu'il parle en marchant) a compris qu'une foule méprise les efforts de l'esprit et qu'il lui faut des images bien vivantes. La Corporation, mais c'est si simple : le médecin veut être défendu, or, il manque d'essence, et la Seine connaît les courses de hors-bords. Il demande la carte T, on la lui accorde s'il chausse des skis ... ! L'organisation sanitaire, c'est essentiellement donner aux praticiens de meilleurs instruments de travail, des hôpitaux modernes, le délivrer du rôle de camionneur en mettant une voiture d'ambulance dans tout village. Il est inconcevable par ailleurs que le médecin qui, dans son cabinet, travaille en collaboration avec le praticien traitant, cesse de le faire à l'hôpital, aux dispensaires. *Il faut intégrer le médecin traitant dans le circuit médico-social.* Car il faut une médecine sociale, mais pas à la manière conçue par « les bureaucrates de la rue de Tilsitt ». « La médecine d'entreprise, nous l'exigeons, mais qu'elle ne fasse pas de soins. Or la loi permet tout, y compris le traitement de la vérole et des maladies de peau ».

Le Docteur Guérin aborde enfin avec courage les reproche qu'on lui adresse de « faire de la politique ». Il affirme et nous le suivons qu'il n'y a pas de corporations apolitiques puisqu'elles font partie de la cité. Mais quittant, quoi qu'il en dise, l'angle de vue professionnel, il rappelle son passé militant, sa collaboration dans un hebdomadaire politique qui n'est, pas plus que lui, un nouveau converti. Eloquemment, il réclame la fin de la « révolutionnette nationale » souhaite un Etat autoritaire, invoque les grands mots de « Devoir, de Hiérarchie et de Justice ».

Il est curieux que ces révolutionnaires autoritaires appliquent leurs idées partout ailleurs que dans leur corporation. Inconsciemment, ils la construisent avec les vieilles idées qu'ils rejettent, restant imbus d'un juridisme désuet, attachés plus aux textes, aux constitutions, aux règlements qu'aux mystiques, aux faits, à l'action. L'autorité doit, bien entendu, régenter tout le monde, sauf eux-mêmes. Mais nous sommes curieux nous aussi d'exiger de la logique lorsqu'on parle à une foule qu'émeuvent seules les passions.

J. M.

ORDRE DES MÉDECINS

Coeseil départemental de la Seine

Communiqués

I. — Le Comité d'Organisation de l'Automobile met à la disposition du Conseil de l'Ordre de la Seine un contingent mensuel de bicyclettes.

Les confrères qui désirent s'en rendre acquéreurs doivent faire une demande au Conseil de l'Ordre de la Seine, 242, boulevard Saint-Germain.

II. — Dans sa séance du 23 juillet 1942, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a décidé de fixer les honoraires minima des médecins aux taux suivants à partir du 1er octobre 1942 :

Consultation....	40 fr.	soit par rapport au 1er janvier 1938 une augmentation de. 33 %
Visite à domicile.	50 fr.	» 42 %
Chiffre-clé pour les actes de pratique médicale courante (ancienne nomenclature nationale)....	25 fr.	» 0 %
Accouchement...	1.250 fr.	» 25 %
Chiffre-clé des actes de chirurgie et de spécialités (ancienne nomenclature nationale)............	25 fr.	» 25 %

En exécution des dispositions de l'article 4, paragraphe I de la Convention signée le 27 avril 1942 avec l'Union des Caisses, cette décision a été portée à la connaissance de cette dernière.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Allocations familiales

Loi du 9 *septembre* 1942 *étendant le bénéfice des allocations familiales aux veuves chargées de famille.* (*J. O.*, 14 septembre 1942).

Chirurgiens-dentistes

Arrêté du 12 *août* 1942 *autorisant les chirurgiens-dentistes à prescrire certaines substances vénéneuses.* (*J. O.*, 20 septembre 1942).

Exercice de la médecine. Médecins étrangers

MÉDECINS AUTORISÉS

Arrêté du 9 *septembre* 1942

Dr BIAGINI Joseph, exerç. à Paris ; Dr EDELBAUM Louis, exerç. à Paris ; Dr FARMACHI Alexandre, exerç. à La Courneuve (Seine) ; Dr HELLMANN Maurice, exrç. à Courbevoie (Seine) ; Dr HOESLI Henri, exerç. à Paris ; Dr OUMIKOV Sonia, exerç. à Paris ; Dr PONIMANSKI, née Primak Esther, exerç. à Paris ; Dr SCHERRER Juliette, exerç. à Paris ; Dr SIMKOFF, dit Simkine, exerç. à Paris ; Dr BRUDER Jean, exerç. à Martinvast (Manche). (*J. O.*, 25 septembre 1942).

Hygiène

Loi du 21 *juillet* 1942 *rétablissant le Conseil supérieur d'hygiène et créant un Conseil permanent d'hygiène sociale.* (*J. O.*, 22 septembre 1942).

Ordre des Médecins

Rectificatif à la loi du 10 *septembre* 1942 *sur la réorganisation des professions médicale et dentaire portant de sept à neuf, le nombre des membres des Conseils régionaux de l'Ordre.* (*J. O.*, 23 septembre 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

La réforme de l'article 64. — L'application du « numerus clausus » dans l'enseignement médical. — Cabinet du Docteur Grasset, — Les accidents du travail survenus dans les exploitations forestières sont-ils assimilables aux accidents agricoles ?

On se rappelle sans doute les craintes que nous avions exprimées lors de la parution de la loi du 8 février 1942, modifiant l'art. 64 de la loi des pensions, et réservant les soins aux pensionnés aux seuls *médecins agréés*, par les ministres des Pensions et de la Santé.

La loi n'a pas été modifiée, mais son décret d'application en date du 10 septembre (publié dans notre dernier numéro) a cependant rétabli le libre choix menacé, en agréant *en principe* tous les médecins inscrits au Tableau.

C'était la solution que la loi eut dû poser dès l'emblée. Se défier officiellement des médecins membres de l'Ordre, est pour le législateur se renier lui-même et manquer de foi dans son propre ouvrage — les malades non pensionnés seraient-ils donc livrés à d'infâmes charlatans ?

Mais le décret, nous l'avons déjà dit avant sa parution, ne nous satisfait qu'à moitié. Il est tout d'abord injuste en refusant l'agrément, à l'expiration de leur peine, aux exclus temporaires qui voient ainsi cette peine transformée en exclusion définitive, sans que leur cas l'ait réellement mérité.

Mais surtout son texte conserve une porte de sortie bien dangereuse. L'agrément général des médecins inscrits n'a lieu *qu'en principe* ! Nous demandons à connaître les exceptions et leurs motifs ?

Enfin, et nous y reviendrons, les Commissions de contrôle conservent leurs attributions disciplinaires. La réforme de l'Ordre, l'institution de la nouvelle Corporation médicale eût pourtant permis de supprimer une fois pour toutes, e n ce domaine, cette inutile multiplicité de juridictions.

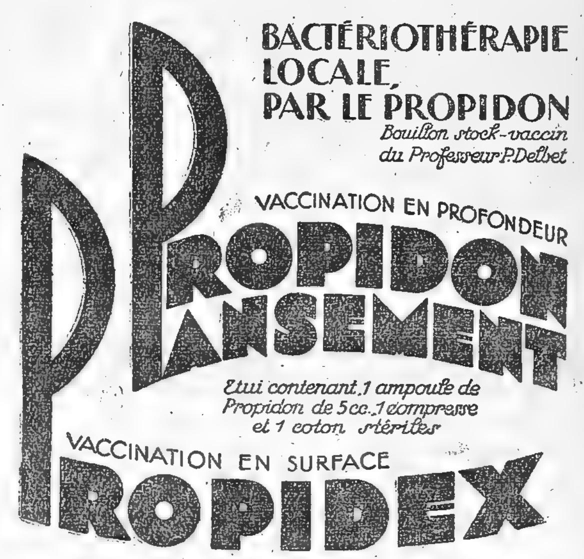
***

Les augures nous disent, dès l'abord, en se penchant sur le problème de l'enseignement médical, qu'il faut en première urgence limiter le nombre des étudiants, et inscrire en tête du plan de réforme un « numerus clausus ».

Avant que de s'engager dans cette voie, peut-être temporairement utile, et d'en faire une institution permanente, il n'est peut-être pas inopportun d'en mesurer une fois encore les dangers.

Il importerait de rechercher, d'une manière plus systématique, plus approfondie qu'on ne semble l'avoir fait, s'il y a réellement surabondance de médecins diplômés; les transformations sociales, auxquelles nous assistons de plus en plus, vont sans nul doute créer de nouveaux besoins en ce domaine (médecins d'usine, médecins des jeunes, hygiénistes, etc.). On pourrait dire qu'il y a trop de médecins urbains, trop de médecins soignants, mais qu'il n'y a pas trop de médecins. C'est là au reste un problème capital à résoudre pour l'orientation de la réforme même de l'enseignement.

Par ailleurs, il est infiniment probable que l'accroissement du nombre des étudiants est un phénomène général, débordant les Facultés de médecine.



C'est par des mesures générales, d'ordre positif, telle qu'une meilleure orientation des jeunes bacheliers, qu'il faut résoudre cette question et non par l'addition de mesures fragmentaires et négatives.

A-t-on réfléchi en troisième lieu aux inconvénients qu'il y aurait à transformer les Facultés en grandes écoles, telles que Polytechnique ou Saint-Cyr. Tout l'esprit de l'enseignement en serait influencé — et le déplorable esprit de concours qui nous a déjà fait tant de mal ne risque-t-il pas de gagner là de nouveaux domaines.

N'oublions pas qu'il est vain de vouloir juger un homme à l'orée de sa vie active et que l'on risque de se priver *définitivement* — (car la médecine est réservée aux diplômés) d'une valeur qui, pour être tardive, n'en serait pas moins de qualité.

Est-il enfin très élégant pour une corporation de résoudre le problème de la concurrence en fermant la porte au nez des jeunes. Ne réédite-t-on pas là de vieilles erreurs qui ont fossilisé peu à peu, avant que de les tuer tout à fait, les vieux corps de métier de notre ancien régime ?

Il faut encore tourner et retourner le problème et se défier d'une solution d'une attirante, mais excessive simplicité.

***

Le Docteur Grasset vient par arrêté du 18 septembre 1942 de nommer M. Barbet, auditeur au Conseil d'Etat, en qualité de directeur de son cabinet en remplacement du Docteur Dequidt, appelé à d'autres fonctions.

***

La question de savoir si la loi de 1938 qui a modifié pour le commerce et l'industrie, la loi de 1898, s'applique ou non aux accidents survenus dans les exploitations forestières présente pour les médecins un intérêt évident. De la réponse qui y est donnée dépend, en cas d'hospitalisation entre autres, soit l'application du « tout compris », soit la rémunération du médecin ou du chirurgien à l'acte, sur les bases du tarif du 5 mai 1939.

Or, cette question est controversée en jurisprudence.

Certaines décisions, se basant sur le fait que les opérations de sciage ou d'abattage d'un arbre sont plus proches du domaine agricole que du domaine industriel ou commercial, ont admis que les accidents survenus au cours de ces opérations ne sont pas régis par la loi du 1er juillet 1938 qui exclut l'agriculture de son champ d'application. (Trib. civ. d'Aurillac, 10 juin 1942, Dijon, 9 octobre 1941).

Certaines autres, à notre avis beaucoup plus solidement motivées, notent d'abord qu'une exploitation forestière n'est pas par définition et obligatoirement une exploitation agricole. Elles relèvent ensuite que les accidents du travail dans les exploitations forestières sont régis par la loi du 15 juillet 1914 qui se réfère explicitement et directement à la loi du 9 avril 1898 et qui est d'ailleurs bien antérieure à la loi du 15 décembre 1922 sur les accidents agricoles. La loi du 9 avril 1898 ayant été modifiée par celle du 1er juillet 1938 *pour tous les accidents du travail proprement dits*, énumérés en termes généraux et non limitatifs, sans comporter aucune exclusion pour les exploitations forestières, les dispositions de cette loi doivent aussi réglementer le domaine forestier.

De plus, la loi du 1er juillet 1938 étant d'ordre public doit être appliquée restrictivement et sans addition d'aucune sorte. Ces décisions proclament donc qu'on ne peut, sans ajouter au texte, décider que l'article 31, qui réserve expressément l'application des

lois du 15 décembre 1922 et 30 avril 1926 (accidents agricoles), s'étend implicitement à la loi du 15 juillet 1914 (Trib. civ. de Dreux, 24 octobre 1941. Trib. d'Evreux, 2 avril 1941).

Le « Sou médical », ayant eu à intervenir dans un litige opposant un de ses adhérents à l'Administration des Eaux et Forêts qui prétendait ne régler à celui-ci ses honoraires hospitaliers que sur la base du « tout compris », se propose de mener l'affaire jusqu'au bout pour faire trancher définitivement cette intéressante question.

CORRESPONDANCE

3.985. — Maladies contagieuses. — Conditions pour qu'il y ait accident du travail

Voulez-vous avoir l'obligeance de me donner votre avis sur le cas suivant

Une employée de magasin où l'on s'occupe de la toilette des chiens se trouve atteinte, sans s'être aperçue qu'elle avait reçu quoi que ce soit dans l'œil, d'une conjonctivite purulente. Un confrère aurait trouvé sous la paupière deux poils de chien vraisemblablement malade. Y a-t-il là accident du travail au sens de la loi du 9 avril 1898 ? Y a-t-il maladie professionnelle ? Y a-t-il, plus simplement, contagion et responsabilité unique des Assurances sociales et non de l'assurance accidents ?

Je vous serai très obligé de me faire connaître au plus tôt votre avis motivé sur ce cas qui m'intéresse beaucoup et je vous remercie à l'avance de votre obligeance.

Dr B.

Réponse

Aux termes d'une jurisprudence bien établie de la Cour de cassation, on doit entendre par accident, au sens de la loi de 1898, toute atteinte violente et soudaine à l'intégrité du corps humain et, d'autre part, toute lésion survenue au temps et au lieu du travail est présumée provenir d'un accident du travail au sens de la loi.

L'application de ces deux principes nous fait considérer que la législation sur les accidents professionnels et non point la loi sur les Assurances sociales doit être appliquée à l'espèce que vous nous soumettez.

En effet, la lésion de votre cliente, provient de la projection des poils de chien sur l'œil et de la contagion qui en est résultée. Il s'agit bien dans ces deux cas, d'un événement brusque et non point d'une maladie due à l'exercice régulier et continu du travail.

La jurisprudence a, du reste, à plusieurs reprises, considéré comme accident toute maladie contagieuse contractée au cours du travail, telle par exemple que la typhoïde et autres maladies de même nature.

Au cas où il y aurait litige et difficultés de la part du patron ou de l'assurance, votre cliente n'aurait qu'à invoquer l'art. 20, parag. 4 du décret -loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales, c'est-à-dire à se faire verser à titre provisionnel les prestations de l'assurance-maladie en engageant à l'encontre de son employeur une action judiciaire en vue de faire reconnaître son droit à réparation au titre de la loi du 9 avril 1898. En cas d'échec de l'action entreprise, les prestations versées resteraient acquises à l'assurée.

3.637. — Médecins assermentés

J'ai à soigner depuis plusieurs mois un cantonnier pour affection pulmonaire chronique, qui a déjà motivé une pension au bénéfice de l'art. 64.

En 1941, son état s'étant aggravé, ce malade a été porté de 10 à 20 % par la Commission de réforme.

Or cette année, ce cantonnier exposé à toutes les intempéries a dû suspendre son travail à plusieurs reprises pour dix et quinze jours.

Il y a quelques jours se trouvant encore fatigué et amaigri je lui conseille de demander sa mise à la retraite proportionnelle et lui remets un certificat détaillé de son état très précis.

Bien entendu, son chef de service lui fait savoir qu'il doit s'adresser au médecin assermenté, mon certificat n'étant pas valable.

Mais ce cantonnier a quitté ce médecin qui le soignait autrefois et bien entendu après une réception plutôt froide, il lui refuse son certificat ne lui trouvant « dit-il » rien du tout et oblige ce pauvre diable à supporter les frais d'une radiographie.

Que faire dans ce cas ? S'il en est ainsi il est à prévoir que tous les cantonniers et tous les employés d'une administration se sentiront obligés de se faire soigner par ledit médecin assermenté, s'ils veulent obtenir les pièces qui leur sont nécessaires.

D[r] A. C.

Réponse

La question des médecins assermentés est une de ces questions qui soulèvent toujours dans le Corps Médical bien des remous.

Nous y avions dernièrement consacré deux études parues l'une dans le Concours Médical *du* 26 *octobre* 1941, *page* 1873, *l'autre dans le* Concours Médical *du* 12 *avril* 1942, *page* 422.

Ces études vous indiqueront dans quelle mesure le recours aux services d'un médecin assermenté est régulier et dans quelle mesure il est excessif.

Dans le cas précis du cantonnier auquel vous conseillez la mise à la retraite proportionnelle, il nous semble que le recours au médecin assermenté est un des cas régulièrement prévus par la loi du 14 *avril* 1924, *article* 20.

Mais il est bon de préciser que la constatation de l'invalidité permettant la mise à la retraite proportionnelle doit être faite par une Commission de réforme dans laquelle figure un médecin assermenté de l'Administration et non pas résulter simplement du certificat d'un médecin assermenté.

Au contraire, l'article 20 *précise que l'intéressé a le droit de prendre connaissance de son dossier et de faire entendre par la Commission de réforme le médecin de son choix.*

Il semble donc que vous puissiez engager le cantonnier à insister auprès de son chef de service pour que la procédure de mise en mouvement de la Commission de réforme soit introduite sur le simple vu de votre certificat.

Au cas où il ne pourrait obtenir satisfaction, vous voudriez bien nous en saisir de nouveau et nous examinerions, si, le cas échéant, nous ne pouvons pas aider votre client à soutenir un recours éventuel contre cette décision de refus.

3.721. — Limitation de la consommation électrique à titre professionnel

La limitation de consommation de courant électrique, appliquée dans tous les milieux, intéresse-t-elle les radiologistes ?

Je viens d'être avisé que ma consommation de courant électrique est trop forte et qu'il me faut la réduire. Je n'ai pas besoin de dire que cette consommation n'est réalisée que dans un but purement professionnel et social. Je pensais qu'un décret avait été pris pour les radiologistes.

D[r] T.

Réponse

Nous nous sommes depuis longtemps inquiétés de la situation des praticiens consommateurs d'électricité à titre professionnel.

Des réponses officielles qui nous ont été faites, il ressort qu'il faut établir une distinction suivant que la consommation professionnelle est enregistrée par un compteur spécial ou par le même compteur que celui servant à la consommation familiale.

Dans le premier cas le taux de réduction à appliquer est le même que celui du commerce et de l'industrie, dans le second le taux de rationnement dépend soit du régime industriel, soit du régime familial, suivant la prépondérance de la consommation.

D'ailleurs vous auriez tout intérêt à vous mettre en rapport par l'intermédiaire du distributeur d'énergie avec l'ingénieur en chef du contrôle d'énergie électrique dont vous dépendez. Celui-ci a en effet tout pouvoir pour vous allouer une consommation supérieure, étant donné le caractère professionnel.

2222. — Comment abaisser la puissance d'une voiture

La radio vient de nous apprendre que les voitures au-dessus de 12 CV (douze chevaux) ne pourront plus rouler sans autorisation exceptionnelle du Secrétaire d'Etat aux Communications.

Quoique médecin chef de l'hôpital et médecin chef de la Défense passive (et ici nous ne chômons pas hélas, puisque en moyenne nous sommes appelés en secours au moins une fois par semaine), il est possible que cette dérogation ne soit pas accordée.

Or, un garagiste me dit que l'on peut faire que cette Primasport 14 CV Renault devienne une 12 CV en y mettant des chemises dans les cylindres et de nouveaux pistons et ce, sans changer ni les soupapes, ni l'arbre à cames.

Peut-être faudrait-il changer ou faire un nouveau réglage de carburateur.

Comme je n'y connais rien, je m'adresse à vous qui nous avez donné tant de bons conseils dans le *Concours*.

Je vous serais reconnaissant de me donner vos conseils dès que possible.

Je suis étonné que l'on interdise de rouler à une 14 CV Primasport Renault 1939, qui consomme moins de carburant qu'une 402 Peugeot qui, elle, cataloguée 12 CV. aura le droit de service.

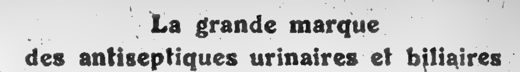
Dr D'

Réponse

On peut en effet en diminuant la cylindrée du moteur par chemisage, le faire admettre pour une puissance inférieure à sa puissance nominale. Il suffit pour cela après avoir effectué la transformation, de le présenter de nouveau à l'ingénieur des mines du département pour le faire accepter avec sa puissance nouvelle.

Du point de vue utilisation, il en résultera une diminution de puissance assez sensible, sans d'ailleurs que la consommation soit réduite dans les mêmes proportions. Mais l'inconvénient n'est, en somme, pas trop grave, puisque le but à poursuivre est évidemment d'avoir le droit de rouler.

Gérant : J. Mignon — No d'autorisation : 77 et Pa 692 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)







Laboratoires **Henri ROGIER,** 56, Bd Péreire, **Paris**



CHLORO-CALCION

Coryza - Rhinites
Sinusites
Obstruction nasale, etc.

BALSAMORHINOL

Lab. FIDÉS, 14, rue de la Comète, Paris-7e

Inflammations
de la Gorge, des Bronches
des Fosses nasales

INHALANTYL

Comprimés

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — N° 42 — MERCREDI 21 OCTOBRE 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — Le titre de professeur honoraire a été conféré à M. Antonin Gosset, professeur de clinique chirurgicale, à M. Charles Lenormant, professeur de clinique chirurgicale, et à M. Laignel-Lavastine, professeur de clinique des maladies mentales et de l'encéphale.

— *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le Professeur Noël Fiessinger fera ses leçons cliniques, à partir du 7 novembre 1942, le samedi à 10 h. 30 à l'amphithéâtre Trousseau. Sujet du cours : Investigations de laboratoire et clinique médicale.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — *Enseignement de médecine coloniale. Préparation au diplôme de médecin colonial et au brevet de médecin de la marine marchande.* — Cet enseignement commencera le 3 novembre 1942 ; les inscriptions sont reçues jusqu'à cette date. Pour tous renseignements et programme, envoyés franco, s'adresser au Secrétariat de la Faculté de médecine, place de la Victoire, Bordeaux.

Les examens auront lieu du 21 au 24 décembre 1942.

— **Faculté de médecine de Lille.** — M. Huriez, agrégé, est chargé de l'enseignement de l'hydrologie thérapeutique et climatologie.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — M. Laigret, ex-chef de laboratoire à l'Institut Pasteur de Tunis, est provisoirement chargé du service de la chaire de bactériologie.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — M. G. Antoine, professeur de pathologie interne, est nommé professeur honoraire.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'accoucheur.* — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le 2 décembre 1942. Inscriptions au Bureau du Service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria, du 16 novembre au 21 novembre 1942.

— *Concours des prix de l'internat.* — Des concours pour les prix de l'internat s'ouvriront le 18 janvier 1943 (concours de chirurgie et accouchements). Les inscriptions sont reçues du 3 au 14 novembre 1942. Les mémoires prescrits comme épreuves du concours devront être déposés au plus tard le 14 novembre 1942.

— **Hôpitaux de la région de Lille.** *Concours de médecin, de chirurgien et d'ophtalmologiste.* — Deux concours auront lieu successivement à Lille, les 28 et 29 décembre 1942.

L'un, sur épreuves, pour le recrutement d'un médecin-adjoint à la Maternité d'Arras; d'un chirurgien à

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants..................	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

l'hôpital de la Fraternité de Roubaix ; d'un médecin-adjoint à l'Hôtel-Dieu de Douai ; d'un médecin des Hospices civils de Lens.

L'autre, sur titres, pour le recrutement : d'un médecin-adjoint aux Hospices de Mouvaux ; d'un médecin-adjoint aux Hospices d'Halluin ; d'un ophtalmologiste aux Hospices de Saint-Amand.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 26, rue Inkermann, à Lille.

— **Hôpital de Pont-à-Mousson.** — Un *concours sur titre* sera ouvert le 25 novembre 1942 pour un poste de chirurgien assistant de l'hôpital de Pont-à-Mousson. S'inscrire avant le 25 octobre 1942 aux bureaux de l'hôpital.

— **Hôpital mixte d'Auxerre.** — *Internat.* — Un poste d'interne en médecine vient d'être créé à l'hôpital d'Auxerre. Entrée en fonctions en novembre 1942. Condition : 20 inscriptions. Traitement mensuel de 800 francs, plus nourriture, logement. S'adresser à M. le président de la Commission administrative de l'hôpital.

— **Prix de l'Académie Duchenne de Boulogne.** — Le prix 1942 de cinq mille francs, décerné par l'Académie Duchenne de Boulogne à un travailleur indépendant de nationalité française, dont l'œuvre ou la création, ayant trait aux sciences médicales, sera jugée la meilleure, sera attribué dans le courant de janvier 1943.

L'objectif de l'Académie est de récompenser un travailleur qui, par ses propres travaux, à l'instar de Duchenne de Boulogne, aura fait progresser la science médicale française.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, dactylographiés en double exemplaire, devront être adressés au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris, avant le 1er janvier 1943.

— **Légion d'honneur.** — Par décret en date du 26 août 1942, M. le Docteur LEMAITRE (Yves), chef de service à l'hôpital de Mustapha, à Alger, a été nommé, à titre posthume, chevalier de la Légion d'honneur.

Praticien d'une haute conscience professionnelle, a combattu avec le dévouement le plus absolu et jusqu'à l'extrême limite de ses forces l'épidémie de typhus dont il devait être la victime.

— **Préfecture de l'Aisne.** *Recrutement d'assistantes sociales.* — Des postes d'assistantes sociales sont actuellement vacants à l'Office départemental d'hygiène sociale de l'Aisne. Condition : être titulaire du diplôme d'Etat d'assistante sociale. Traitement : de 27.000 à 33.000 francs, plus indemnité de résidence et éventuellement allocations prévues par le Code de la Famille.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le médecin-inspecteur de la Santé de l'Aisne, à la Préfecture à Laon.

— **« Eclats et Reflets ».** — Sous ce titre, le Docteur Raymond BARTHÉLEMY, notre distingué collaborateur, dont nos lecteurs ont souvent apprécié les articles de dermatologie, vient de faire éditer chez Arnette (Paris) un recueil de poésies, en 64 pages. Les motifs de ses inspirations sont des plus variés : un spectacle naturel, un événement intime, une évocation de la vie intérieure, un souvenir de guerre, une œuvre d'art... Si variés de rythme, ces poèmes sont cependant d'un mouvement parfaitement adapté au sujet ; à leur lecture, on apprécie à la fois l'originalité du style et la noblesse de l'idée.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance d'Yves BONVARLET, fils du Docteur Raymond Bon-

varlet (La Chapelle-au-Riboul, Mayenne, 24 septembre 1942) ; de Françoise LARDET, quatrième enfant du Docteur G. Lardet (Salornay-sur-Guye, Saône-et-Loire, 26 septembre 1942) ; de Monique TANGUY, second enfant du Docteur Ange Tanguy (avenue Marie-José, « Les Airelles », Pont-du-Cens-lès-Nantes, 20 septembre 1942) ; de Claude FOURÈS, fils du Docteur Gilbert Fourès (44, boulevard Clemenceau, Perpignan, 14 septembre 1942) ; de Pierre BOURDILLON, fils du Docteur Bourdillon (Chazay-d'Azergues, Rhône, 6 août 1942) ; de Nicole PIERRE, fille du Docteur Pierre (23, rue de la République, Saint-Germain-en-Laye, Seine-et-Oise, 14 septembre 1942) ; de Jean-Yves SIMON, fils du Docteur Simon (Inguinel, Morbihan, 20 septembre 1942) ; de Pierre-Yves BAUDART, fils du Docteur Baudart (Aigrefeuille, Loire-Inférieure, 28 août 1942) ; de Joëlle DIÉNY, fille du Docteur Yves Diény (123, rue Paul-Guieysse, Lorient).

— **Mariages.** — Le Docteur Louis Gavet, d'Aillant (Yonne), et Madame font part du mariage de Mademoiselle Marie-Denise GAVET, leur fille, avec le Docteur Henri LUX, ancien externe des hôpitaux de Paris. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 26 septembre, en l'Eglise d'Aillant, par son Excellence Monseigneur Lamy, archevêque de Sens.

— Nous apprenons le mariage du Docteur Edouard REGARD, de Saint-Ouen (Seine), avec Mademoiselle Madeleine MARETTE. La bénédiction nuptiale leur a été donnée le samedi 10 octobre 1942, en l'Eglise Notre-Dame-du-Rosaire, à Saint-Ouen.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Paul MIGNARDOT, d'Andelot, père du Docteur Jean Mignardot, de Leyme (Lot) ; du Docteur MONESTIER, de Pau ; du Docteur Louis BONNEFOUS, chevalier de la Légion d'honneur, président de la Société des médecins de l'Aveyron, chirurgien honoraire de l'hospice de Rodez, vice-président de la Fédération des Catholiques aveyronnais, ancien député ; de Madame Veuve MARTY, mère du Docteur Marty, de Pont-du-Château (Puy-de-Dôme); du Docteur LANNOIS, professeur honoraire de Clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Lyon ; du Docteur René CONDAMIN, professeur honoraire à la Faculté de Lyon.

— **Spécialités pharmaceutiques.** — Sur la demande de plusieurs lecteurs, nous tenons à préciser que les spécialités annoncées dans notre journal sont fabriquées à un rythme normal et peuvent par conséquent être prescrites par le Corps médical, sans qu'il y ait à craindre des difficultés d'approvisionnement.

Mutualité familiale

Réunion du Conseil d'administration du 6 octobre 1942

Présents : M. J. Noir, président ; H. Mignon, O.Followell et Vimont, vice-présidents ; Lavalée, secrétaire général ; Fischer, trésorier ; J. Mignon, trésorier adjoint.

Excusé : MM. Chevallier, Bayard.

La séance est ouverte à 15 heures.

Lecture du procès-verbal de la précédente séance. Adoption à l'unanimité.

Ratification d'admissions

Sur le rapport du secrétaire général constatant qu'aucune protestation ne s'est élevée au sujet des admissions provisoires en date du 21 juillet 1942, le Conseil prononce les admissions suivantes :

M. M. Bazouge (S.-et-M.) ; Bellocq (B.-P.) ; Bonnet (Orne) ; Caffian (Oise) ; Carrois (Oran) ; Chaix (H.-A.); M. et Mme Fabre (P.-O.) ; M. M. Godard (Manche) ; Halle (Seine) ; Mallein-Gerin (S.-et-O.) ; Mailliez (Oise) ; Ovide (Manche) ; M. et Mme Roy (Yonne).

Admissions provisoires

Le secrétaire général présente les dossiers de candidatures suivantes :

M. M. Joudeau (Mayenne) ; Journcault (I.-et-L.) ; Brocard (Hte-M.) ; Bonnet (Hte-M.) ; Patron (Seine) ; Stem (Hte-S.) ; Blanchard (Morbihan) ; Moreau (L.-et-C.) ; Boulanger (Paris) ; Deviller (Paris) ; Despons (Bordeaux) ; Manuary (Marne) ; Mallein-Gérin (S.-et-O.) ; Durin (Oise) ; de Belleville (Seine) ; Basse-Parton (Ch.-Inf.) ; Raffault (M.-et-L.) ; Le Petitchaud (C.-du-N.) ; Huriez (Nord) ; Tournay (Paris) ; Gallais (Meuse) ; Serre (I.-et-L.) ; Roy (Yonne) ; Delvallet (P.-de-C.) ; Hulin (Sarthe).

La presque totalité de ces candidatures concerne les nouvelles combinaisons M. A. à 120 et 150 francs qui commencent à fonctionner à la date du 1er octobre.

Les demandes de renseignements continuent du reste à arriver. Il est incontestable que ces créations nouvelles répondent à un besoin et reçoivent le meilleur accueil des médecins.

M. J. Mignon, trésorier adjoint, donne ensuite quelques précisions sur le fonctionnement de la Société et sur quelques mesures envisagées en vue d'intensifier la propagande. Il tient au courant le Conseil des démarches faites en vue de l'agrément par les autorités compétentes des nouvelles modifications statutaires.

Il est bon de noter que le texte de loi récent réformant l'Ordre donne aux œuvres de prévoyance médicale tous les apaisements pour l'avenir et que ni leur existence, ni leur recrutement ne se voient plus menacés. L'action entreprise il y a dix-huit mois contre les dispositions mettant en question cette existence et ce recrutement a donc été couronnée de succès ; il y aura lieu dès la constitution des collèges de l'Ordre, et de leurs Conseils, d'étudier la conclusion de conventions pour l'assurance-maladie de leurs ressortissants.

L'ordre du jour étant épuisé la séance est levée à 17 heures.

Le Secrétaire général :
G. Lavalée.

Assurances sociales

Nous publions ci-dessous le texte de deux importantes circulaires :

I. — Situation des travailleurs agricoles employés par les autorités allemandes d'occupation

Paris, le 27 juillet 1942,

La question m'a été posée de savoir quelle était la situation des travailleurs agricoles employés par les autorités allemandes d'occupation.

J'ai l'honneur de vous faire connaître que les salariés dont il s'agit doivent être soumis au régime de la circulaire du 9 octobre 1940 (1) et affiliés, pour l'application de ce régime, à la section non agricole de la Caisse départementale dans la circonscription de laquelle se trouve leur lieu de travail.

(1) *Fixant le régime des soins donnés au personnel civil occupé par l'administration allemande.* (« Concours médical », 26 janvier 1941).

Vous voudrez bien en informer les organismes d'Assurances sociales intéressés.

P. le secrétaire d'Etat au Travail :
DEVILLEZ.

II. — Circulaire n° 46 P. AS/1942 autorisant les établissements de soins à caractère privé à soigner les Assurés sociaux

Paris, le 8 juillet 1942

La loi du 2 avril 1942 a fixé les conditions dans lesquelles les établissements de soins à caractère privé pourront être autorisés à soigner les assurés sociaux. Elle prévoit (article 9), qu'à titre transitoire sont considérés comme provisoirement autorisés les établissements qui avaient passé convention avec les Caisses d'assurances sociales ou qui avaient reçu leur agrément. Cette autorisation provisoire est valable jusqu'à ce que la Commission prévue à l'article 2 ait pris une décision.

La question s'est posée de savoir si ce texte devait être interprété d'une façon stricte et s'il convenait d'attendre la constitution de la Commission précitée pour régler la situation :

1° des établissements qui avaient sollicité leur agrément sous le régime antérieur à la loi du 2 avril 1942, et vis-à-vis desquels aucune décision n'est intervenue ;

2° des établissements qui avaient fait l'objet d'une décision de refus d'agrément par les organismes d'Assurances sociales, confirmée ou non par la Commission régionale tripartite, et qui désirent aujourd'hui déposer une nouvelle requête ;

3° des établissements qui, sous le régime antérieur, avaient simplement accepté de se soumettre au contrôle général des Caisses d'assurances sociales, sans solliciter leur agrément ou passer convention.

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'en raison des délais nécessaires à la constitution des Commissions prévues par la loi du 2 avril 1942 et à l'établissement des textes et instructions qui détermineront les modalités de fonctionnement de ces Commissions, j'ai estimé, d'accord avec mon collègue de la Santé, que, jusqu'à nouvel ordre, les Caisses d'assurances sociales et leurs Unions pouvaient, dans les conditions prévues par la législation et la réglementation antérieures, continuer à donner leur agrément aux établissements précités.

Toutefois, les organismes devront, préalablement à cet agrément, consulter le directeur régional de la Santé.

Les établissements de soins qui auront reçu cet agrément seront, comme ceux qui avaient bénéficié de l'agrément ou qui avaient passé convention avant le 2 avril 1942, considérés comme provisoirement autorisés dans les termes de l'article 9 de la loi jusqu'à ce que la Commission ait pris une décision à leur égard.

J'ajoute que les tarifs prévus par l'arrêté du 7 octobre 1938 et considérés comme tarifs minima par application de la loi du 29 mai 1941, demeureront applicables durant cette période transitoire aux établissements de soins privés jusqu'à l'intervention de l'arrêté prévu à l'article 6 de la loi du 2 avril 1942. Il en résulte notamment que les soins donnés dans les établissements ayant antérieurement accepté de se soumettre au contrôle général des Caisses doivent, même lorsque ces établissements n'ont pas été agréés dans les conditions visées ci-dessus, être remboursés conformément aux dispositions du paragraphe 3 du chapitre II de l'arrêté du 7 octobre 1938.

Hubert LAGARDELLE.

ORDRE DES MÉDECINS

Secrétariat d'Etat à la Santé

Communiqué

Des bruits divergents ont couru sur la démission de Conseils départementaux de l'Ordre des médecins. Le Secrétaire d'Etat à la Santé est en mesure d'apporter les précisions suivantes :

Au cours des trois derniers mois écoulés, deux Conseils départementaux seulement ont adressé au secrétaire d'Etat leur démission. Ce sont :

— Le Conseil de la Loire-Inférieure, qui a démissionné à la date du 28 juillet 1942, à la suite d'un différend d'ordre intérieur survenu entre le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins et lui.

— Le Conseil de la Seine, qui a démissionné à la date du 17 septembre 1942, dans un geste de solidarité envers l'un de ses membres, frappé d'une sanction administrative pour une cause d'ailleurs sans rapport avec sa pratique professionnelle ou sa moralité.

Toutefois, afin de permettre la continuation sans heurts de leur œuvre, et dans un but d'apaisement moral, les deux Conseils ont bien voulu, à la demande du Secrétaire d'Etat à la Santé, accepter de continuer à exercer leurs fonctions jusqu'à l'installation des Conseils prévus par la loi du 10 septembre 1942, parue au *Journal officiel* du 18 septembre 1942.

Le secrétaire d'Etat :
Dr Grasset.

Conseil départemental de la Seine

I. — Chargé par le Conseil supérieur de désigner des médecins pour l'Inspection médicale des ouvriers, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, prie tous les confrères que cela peut intéresser de s'adresser de toute urgence 242, boulevard Saint-Germain.

Il compte sur la compréhension des confrères pour lui faciliter cette tâche qui lui incombe.

II. — *Ordre du jour voté par le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, le 5 octobre* 1942.

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins estimant que les motifs qui ont déterminé sa démission persistent, maintient cette démission,

Prend acte de l'hommage rendu au Docteur Drouet par la lettre ministérielle du 1er octobre 1942,

Tenant compte de la nécessité de maintenir dans les graves circonstances actuelles, la défense de l'intérêt général,

Décide, à la demande du ministère de la Santé publique, d'assurer le fonctionnement des services jusqu'à la désignation de ses successeurs, prévue par la loi du 10 septembre 1942.

III. — Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins rappelle les conditions dans lesquelles doivent être établis les certificats médicaux pour l'obtention du « supplément de charbon-maladie ».

1° La mention diagnostic n'a pas à figurer ;

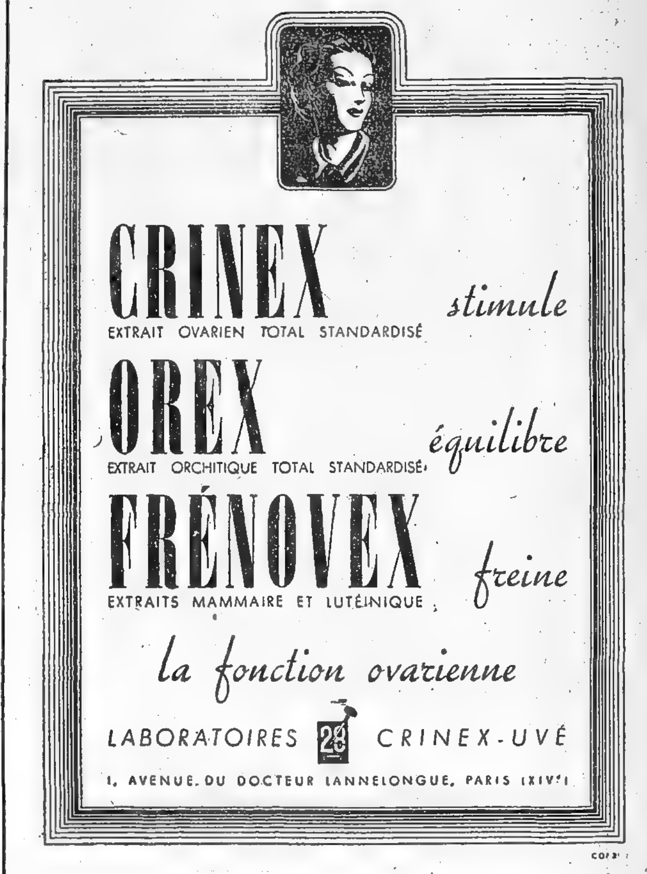
2° Le certificat médical doit spécifier :

— soit qu'il s'agit d'une affection aiguë fébrile d'une durée égale ou inférieure à huit jours ;

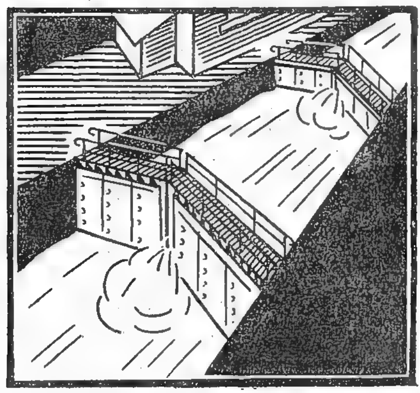
— soit d'une affection aiguë fébrile d'une durée comprise entre huit et quinze jours.

Les médecins sont priés de se conformer à ces instructions.

(*Communiqués*).



CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES 28 CRINEX-UVÉ
1, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)



PARTIE SCIENTIFIQUE

LA FIÈVRE ONDULANTE EN FRANCHE-COMTÉ

Par le Professeur E. LEDOUX (de Besançon)

On ne connaissait en France, jusqu'en 1924, que la fièvre ondulante d'origine caprine ou ovine, la « fièvre de Malte », causée par une variété de Brucella, la variété melitensis.

M. le Professeur Lisbonne avait prévu alors que la transmission de la fièvre ondulante à l'homme par un brucella de la vache élargirait singulièrement l'aire géographique d'une infection qui n'était observée que dans une quinzaine de départements méridionaux.

Cette prophétie s'est trouvée bientôt confirmée.

Déjà, M. Lisbonne avait signalé le cas d'un vétérinaire de la Beauce qui avait été contaminé au cours de la délivrance d'une vache. En 1926, Paul Giraud avait publié, à Marseille, un cas de fièvre ondulante d'origine bovine probable. Nous signalions nous même en 1928, le premier cas franc-comtois de fièvre ondulante d'origine bovine (1).

Mais nous étions convaincu que de semblables cas devaient se présenter fréquemment en France. Dans un grand nombre de pays, en effet, en Rhodésie, en Italie, au Danemark, dans des régions où les chèvres et les brebis étaient rares, mais où les vaches étaient atteintes d'avortement épizootique causé par la variété abortus des Brucella on avait maintes fois signalé des cas de fièvre ondulante humaine.

Il eut été vraiment paradoxal que la France ait seule échappé à cette infection si répandue dans d'autres pays.

Quelques expériences françaises avaient semblé démontrer que l'abortus n'était pas pathogène pour l'homme. Mais les faits, ailleurs qu'en France, démentaient ces conclusions expérimentales. L'abortus est moins pathogène que le melitensis ; il l'est tout de même.

Sur une plus petite échelle, nous avons, avec notre collègue Baufle, entrepris l'enquête qu'avaient faite, au Danemark, Hansen et Christiansen et qui leur avait permis de dépister des centaines de cas de fièvre ondulante jusqu'alors insoupçonnée dans leur pays. Nous avons cherché, dans toutes les pyrexies où le diagnostic ne s'imposait pas indiscutablement, à dépister la fièvre ondulante par la séro-agglutination des Brucella et l'intra-dermo-réaction à la mélitine et, en 1930, nous avons communiqué seize observations de fièvre ondulante d'origine bovine (1).

C'était le premier foyer endémique français de cette variété de brucellose. La Franche-Comté est une région où, non seulement le cheptel bovin est très abondant mais où sévit — comme du reste partout en France — l'avortement épizootique des vaches.

A la suite de notre communication, l'Académie de médecine nomma une Commission et le rapport rédigé par M. Arnold Netter attira l'attention sur l'existence de l'endémie brucellaire d'origine bovine qui bientôt fut découverte dans presque tous les départements français. Actuellement quelques départements bretons paraissent seuls indemnes. Ils ne le seront plus longtemps et si l'on a pu dire que la mélitococcie était la maladie de l'avenir, cette formule est déjà périmée : la fièvre ondulante est une des maladies du présent et elle est répandue partout.

Lorsque nous parlons de fièvre ondulante d'origine bovine, nous ne faisons allusion qu'à l'agent de transmission du germe, mais nous ne préjugeons pas de la variété du germe.

Ici doit être envisagée une notion bactériologique élémentaire.

La fièvre ondulante peut être causée par plusieurs variétés de l'espèce Brucella. Trois grandes variétés sont connues : Brucella melitensis, Brucella abortus bovis, Brucella suis. Ce sont des microbes très voisins et qui ne sont pas faciles à distinguer. Ils ne se différencient ni par leur morphologie, ni par leurs réactions sérologiques, ni par les procédés ordinaires de culture. On doit, pour les identifier les uns des autres, recourir à des procédés de culture spéciaux suivant les techniques d'Huddleson.

Il y a, toutefois une différence entre les variétés brucellaires : c'est leur pouvoir pathogène vis-à-vis de l'homme et la gravité ou la bénignité relative des infections humaines sous la dépendance de l'une ou de l'autre de ces variétés.

Le melitensis est plus pathogène pour l'homme et les infections qu'il cause sont parfois assez graves. Dans les départements méridionaux, les cas mortels ne sont pas exceptionnels.

L'abortus est moins pathogène et ses infections sont généralement assez bénignes.

Le melitensis est habituellement l'agent de l'avortement de la chèvre et de la brebis. L'abortus fait avorter la vache ; le suis fait avorter la truie.

Mais il faut savoir que le melitensis peut contaminer la vache.

---

(1) LEDOUX, ARCHER et CLERC. — Fièvre ondulante d'origine bovine. *Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris*, 17 février 1928.

(1) LEDOUX et BAUFLE. — La fièvre ondulante d'origine bovine en Franche-Comté. Académie de médecine, 14 octobre 1930.

Dans l'immense majorité des cas francs-comtois, c'est l'abortus qui a été transmis à l'homme par la vache, et nous pouvons nous en féliciter, car si nos malades avaient été infectés par le melitensis, notre statistique aurait été assombrie, alors que nous n'avons eu à déplorer que de très rares cas mortels.

Presque tous les cas mortels de fièvre ondulante d'origine bovine observés en Franche-Comté relevaient d'une infection à melitensis et ces cas ont fait l'objet d'une de nos communications qui soulevait un problème d'hygiène vétérinaire d'une certaine gravité (1).

Dans le département de la Haute-Saône, où la fièvre ondulante était, comme dans les autres départements francs-comtois, généralement bénigne, on a vu apparaître quelques cas très graves de typhus mélitococcique, dont plusieurs mortels.

MM. J. Parisot, L.-F. Vidal et Robert Lévy avaient déjà, en 1932, attiré l'attention des hygiénistes sur « la possibilité d'une introduction de la variété melitensis dans des régions où l'on s'occupe surtout de l'élevage des bovins ».

C'est ce qui s'était produit dans la Haute-Saône. Des éleveurs avaient fait venir de Savoie des moutons infectés par le melitensis. Les moutons avaient cohabité dans des étables communes avec des vaches. Celles-ci avaient été contaminées par le melitensis ovin et avaient transmis la fièvre ondulante à des hommes.

La très grande majorité de nos malades étaient des cultivateurs et leur contamination résultait des soins, dont ces paysans avaient entouré leurs vaches, souvent au moment de l'avortement ou de la mise-bas. La fièvre ondulante est la « maladie des mains sales ». La contamination est le plus souvent directe. Elle est parfois moins directe, mais, cependant facile à saisir. Par exemple, nous avons soigné des maçons italiens qui avaient travaillé de leur métier dans des étables contaminées. Dans d'autres cas, on se perd en conjectures pour expliquer une contamination. Nous avons suivi des fièvres ondulantes chez un notaire, un percepteur, un mitron, un chauffeur de chaudière, la femme d'un gendarme, un ouvrier métallurgiste, une servante de café et plusieurs de ces malades ne buvaient pas de lait. Le lait peut être un véhicule des germes brucellaires, mais c'est un mode de contamination infiniment plus rare que l'infection directe par les mains souillées.

Un mot de l'aspect clinique de la fièvre ondulante observée en Franche-Comté. Généralement elle se présentait comme une septicémie bénigne, du type sudoro-algique, sans localisations viscérales, avec la fièvre bien connue aux ondulations caractéristiques. Après quelques semaines ou mois, la fièvre s'éteignait seule ou à la suite d'une thérapeutique, dont l'efficacité pouvait être plus ou moins discutée. Dans la plupart des cas francs-comtois, la mélitococcie était bénigne et même ambulatoire, les malades conservant souvent une certaine activité.

Nous insistons sur ce fait que la fièvre ondulante franc-comtoise, presque toujours causée par l'abortus, ne s'accompagnait que très rarement de ces manifestations viscérales qui sont maintenant si fréquentes dans les mélitococcies méridionales et que l'École de Montpellier a étudiées depuis quelques années. Nous n'avons pour ainsi dire pas observé les ostéites, les maux de Pott, les sacro-coxites, le gros foie mélitococcique, la méningo-radiculo-névrite, les troubles psychiques de la « fièvre de Malte ».

Nous avons vu quelques formes respiratoires simulant la tuberculose, une réaction méningée lymphocytaire, deux orchi-épididymites, une forme hémorragique mortelle avec melœna et enfin un cas mortel d'endocardite ulcéro-végétante à abortus, fait très exceptionnel, les très rares cas d'endocardite maligne mélitococcique ayant été le fait du melitensis (1).

Il y a quelques années, le nombre des cas dépistés augmentait régulièrement à mesure que l'attention des médecins était éveillée sur l'existence de cette endémie. Aujourd'hui, tous les médecins francs-comtois sont avertis et, devant une pyrexie qui ne fait pas aussitôt sa preuve étiologique, ils demandent un séro-diagnostic de Wright.

Et cependant, depuis quelques mois, les cas dépistés diminuent. C'est que les organismes agricoles, les vétérinaires, les médecins ont fait un effort de propagande éducative vis-à-vis des cultivateurs et des éleveurs. L'Académie de médecine a codifié des conseils prophylactiques et, la fièvre ondulante étant surtout la maladie des mains sales, l'infection est, jusqu'à un certain point évitable par d'élémentaires mesures de propreté.

Mais, comme le dit le Professeur Lisbonne, demander à l'éleveur de se laver les mains après les soins donnés à une vache, ne boire que du lait bouilli « n'est qu'un pis-aller provisoire et la seule prophylaxie rationnelle de la fièvre ondulante humaine consiste à attaquer la maladie à sa source, c'est-à-dire à tarir le réservoir animal de Brucella ».

Nous n'avons pas encore un vaccin absolument efficace capable d'immuniser la vache contre l'avortement brucellaire. Mais des recherches récentes apportent déjà de précieuses promesses et permettent d'espérer qu'un jour prochain, l'avortement épizootique sera jugulé et que, de ce fait, la fièvre ondulante humaine disparaîtra.

---

(1) Ledoux, Bataillon, Maréchal et Picard. — La fièvre ondulante en Franche-Comté. Epidémiologie et allure clinique. Acad. de méd., 25 mai 1937.

(1) Ledoux. — L'endocardite mélitococcique. *Archives des maladies du cœur*, 1940.

LA MÉNINGITE TUBERCULEUSE DU NOURRISSON ET LE B. C. G.

Par le Docteur Pierre Denis
(de Brantome-Dordogne)

Depuis la diffusion du B. C. G. et la catastrophe de Lübeck on a vu périodiquement paraître dans les journaux médicaux et jusque dans la grande presse d'information des articles attaquant la méthode de Calmette et Guérin.

Certain écrivain à culture médicale n'a pas craint pour satisfaire sa thèse sur « la stupidité du XIXe siècle » de critiquer à fond toutes les vaccinations, méthodes de paresse, d'après lui, et préconise la destruction de tous les microbes de l'univers. Cette utopie ne saurait évidemment être soutenue en face des résultats objectifs que nous ont donnés les nombreuses vaccinations journellement employées.

Je ne veux pas ouvrir ici un chapitre sur la vulgarisation par la presse des moyens thérapeutiques, la question est jugée et on essaie d'y porter remède.

Que d'entraves ont ainsi été créées au médecin.

L'administration du B. C. G. en particulier se voit discutée par la famille qui, d'après l'avis de son journal ou de son écrivain préféré, a délibérément pris parti pour ou contre.

Beaucoup de médecins, placés devant ce problème, ont adopté, guidés par le principe très louable du *primum non nocere*, une attitude moyenne, qui, sous l'influence de nombreux pédiatres, fait actuellement figure de règle quasi-officielle de l'application du B. C. G. :

On fera absorber le B. C. G. à un nouveau-né appelé à vivre en milieu tuberculeux, condamné par conséquent à subir un contact permanent avec le bacille de Koch, et on s'abstiendra chez l'enfant né de parents sains, évoluant à l'abri de la contagion.

Ces directives préconisées par des noms illustres de la médecine sont, à la réflexion, très peu rationnelles. Pourquoi donc faire deux groupes chez les nourrissons. Ces auteurs qui redoutent une nocivité, cependant jamais démontrée, du B. C. G. ne craignent-ils pas un réveil de la virulence de cette souche microbienne chez un enfant que son entourage suffirait à lui seul à contaminer. D'autre part, quel médecin, sorti de son laboratoire, peut prétendre, à la naissance, que l'enfant va grandir à l'abri du bacille tuberculeux.

Ces raisonnements, il est vrai sont contrebalancés et s'effacent devant le spectre terrible de la méningite tuberculeuse. Quelle vaccination n'a pas connu ses détracteurs, ses échecs, et même aussi ses accidents. Mais contre la méthode de Calmette et Guérin que de critiques, que d'articles ont paru signalant des cas de méningite bacillaire chez des enfants vaccinés et où l'auteur ne pouvant découvrir l'origine de la contagion mettait en cause le B. C. G.

Il serait bon d'envisager qu'il existe des méningites tuberculeuses chez des nourrissons non vaccinés.

C... P..., naît au Maroc, où elle vit jusqu'à l'âge de six mois entre son père et sa mère, tous les deux bien portants. Alimentée au lait sec, elle ne connaît d'autre trouble qu'une gastro-entérite à trois mois, vite jugulée par le plasma de Quinton. A son arrivée en France, cette enfant ne paraît pas souffrir du climat ; mise au lait de vache, elle s'en accommode fort bien et pendant deux mois s'élève sans aucun incident. Brusquement, elle se met à rejeter des quantités de plus en plus importantes de lait. Les vomissements en fusée surviennent parfois trois heures après la tétée, l'enfant progressivement rejette tout. A l'examen apyrexie complète, pas de raideur de la nuque, pas de Kernig. Un seul fait attire l'attention : chez ce nourrisson déshydraté, la fontanelle apparaît très tendue. Malgré l'âge de l'enfant, qui suffit à éliminer la sténose hypertrophique du pylore, devant une apyrexie déconcertante un examen radioscopique de l'estomac est pratiqué et montre un organe plutôt atone et qui laisse passer tardivement, dans le duodénum, une traînée de bouillie barytée. Une petite quantité d'urine recueillie, l'analyse y décèle des traces d'acétone qui paraissent plutôt secondaires et dues à la dénutrition. Le lendemain apparaît une très légère raideur de la nuque, toujours sans température, et l'enfant fait entendre le cri hydrencéphalique. Appelé dans la nuit, j'assiste à une crise d'épilepsie Bravais-Jacksonienne à type facial durant depuis environ une demi-heure. Une ponction lombaire pratiquée, la fontanelle se déprime légèrement, la crise convulsive s'arrête et on constate une hémiplégie gauche. L'enfant se trouve dans un état semi-comateux jusqu'à sa mort, qui survient quarante-huit heures plus tard.

Depuis l'apparition du premier vomissement jusqu'à la mort, il s'est écoulé quinze jours.

L'analyse du liquide céphalo-rachidien a donné :

Chlorures : 6 gr. 40.

Glucose : néant.

Très nombreux éléments par mill. cubes.

Nombreux lymphocytes.

Pas de bacille de Koch. Pas de flore microbienne décelable.

Réaction de Bordet-Wassermann négative.

La cuti-réaction à la tuberculine bien que faite tardivement a été légèrement positive.

Le diagnostic de méningite tuberculeuse n'est pas douteux.

Un fait à retenir dans ce cas est l'évolution

absolument apyrétique de cette méningite. Un seul symptôme persistait depuis le début : vomissements accompagnés de constipation.

Une question se posait : où était la source de contamination. Pas de B. C. G. à incriminer, l'enfant n'en ayant pas reçu. Depuis son arrivée en France, l'enfant vivait entre ses parents et ses grands parents indemnes de toute bacillose, personne de suspect, pas de domestique. En suivant l'enquête, on a été amené à examiner une vieille parente, chez laquelle l'enfant a passé quarante-huit heures un mois et demi avant sa mort. Cette vieille parente « emphysémateuse » crache de nombreux bacilles de Koch.

L'exemple de cette observation pose un cas embarrassant, lorsqu'en présence d'un nouveau né, on se demande s'il faut donner du B. C. G. ou s'abstenir.

Le confrère marocain en présence de parents sains, ne pouvait prévoir qu'à l'âge de sept mois, cette enfant allait être contaminée par une aïeule, dont il ignorait même l'existence. N'est-ce pas là une histoire de tous les jours et ne doit-on pas considérer que tout enfant, qui vient au monde, est destiné à être exposé à la contagion ?

Je crois d'ailleurs le moment venu de faire justice des prétendus accidents du B. C. G. et des méningites imputables à la vaccination. Une enquête bien menée aboutirait souvent à une conclusion toute différente. J'ai eu, une fois, l'occasion de vérifier un de ces cas signalé dans un journal médical : une enfant de trois mois, B. C. G. à la naissance, meurt de méningite tuberculeuse. Sa mère bien portante, le coupable est tout désigné : c'est le vaccin. L'enquête avait oublié un détail : l'enfant a été élevée les deux premiers mois de sa vie par sa grand-mère ; un examen bactériologique montre de très nombreux B. K. dans les crachats de cette femme.

L'enquête rectifiée permettait donc de conclure à l'inefficacité du B. C. G., mais comment en aurait-il été autrement, on n'avait pas observé d'isolement pendant cette période d'anallergie qui suit toute vaccination. Guérin insistant sur la nécessité de cet isolement, après ses expériences faites à l'étable de Gurville, va d'ailleurs plus loin puisqu'il estime qu'il existe après la vaccination, non seulement une période d'anallergie, mais même une période d'anergie.

Et cela nous entraîne à l'opposé de la conception classique sur l'administration du B. C. G. Cette notion d'anergie post-vaccinale fait entrevoir un danger de la méthode pour les enfants nés et vivants en milieu bacillaire, puisque, pendant quelques temps, ils seraient au contraire plus réceptifs.

Le B. C. G. ne doit pas dispenser de l'isolement, autant qu'il soit possible de s'isoler de la tuberculose ; car c'est bien difficile. Les phtisiologues ne me contrediront certes pas ; bien souvent en effet, ils n'arrivent pas à trouver chez leurs malades, le contact infectant.

Je n'aborderai pas pour terminer un point qui, résolu, rallierait toutes les opinions : la question de l'efficacité. Ne pourrait-on à ce sujet se livrer en grand à l'expérimentation sur le cheptel bovin, qui paie un bien lourd tribu à ce fléau social. La question est importante et les Pouvoirs publics sont susceptibles de s'y intéresser. On pourrait, il me semble, obtenir des éléments objectifs au-dessus des passions partisanes qui se disputent pour ou contre le B. C. G.

Ce serait d'une plus grande valeur scientifique que cette enquête, menée par un journal professionnel parmi des médecins, où on pouvait lire cette réponse catégorique, qui semble un défi au progrès.

« Dès la création du B. C. G., je n'y ai pas cru et mon opinion depuis n'a pas changé ».

UNE OBSERVATION DE POLYPOSE RECTO-COLIQUE DIFFUSE

Par H. Rouèche

Les observations de polypose recto-colique diffuse sont très isolées et à part les travaux de Quénu et Landel, les thèses de Démarqué et Augier et les observations de Psaltoff-Devic et Bussy, Carnot, Grenet et Delarue, nous devons surtout tenir compte dans les dernières années des travaux et observations de M. Leveuf et Mlle Odru (*Journal de Chirurgie*, juin 1931), le rapport de M. Soupault (Congrès de la Société internationale de Chirurgie du Caire du 30 décembre 1935) et des observations et de la mise au point toute récente et si complète de MM. Welti et Huguenin dans le *Journal de Chirurgie*, nº 4 de 1941. Mais rien au point de vue clinique ne constitue un travail plus complet que l'article de Bensaude et de ses élèves Hillemand, etc... (*Presse médicale*, 27 avril 1932). Il résume toutes les communications sur ce sujet de M. Bensaude, si bien que cette affection si spéciale mériterait le nom de maladie de Bensaude.

L'histoire de cet adolescent sera courte. Il a 16 ans et actuellement le type d'un enfant de 13 ans sans histoire pathologique antérieure ; il a présenté depuis cinq ans, c'est-à-dire depuis l'âge de 11 ans, des crises intestinales fréquentes, durant quelques jours à peine : crises consistant en diarrhée profuse, selles liquides, pâteuses, très fétides, avec émission de sang rouge.

Depuis juillet 1941, les crises ont été plus prolongées, et la dernière remonte à janvier 1942 où ce jeune homme présenta avec de la fièvre, une diarrhée de dix selles par jour avec émission abondante de sang.

L'histoire familiale que nous décrirons à la suite, nous fit faire les examens radiologique et radioscopique. Le premier examen radiologique gastro-intestinal fait à l'hôpital Saint-Michel, ne montra qu'un transit accéléré : c'est par le toucher rectal et la rectoscopie que le diagnostic s'imposa et nous permit de percevoir et de voir de nombreux polypes sur toute la hauteur du rectum, du volume d'un grain de chènevis à celui d'une cerise.

La radiographie (Docteur René Weill) soit par le

procédé habituel, soit par imprégnation de la muqueuse, montra l'image si spéciale décrite par Bensaude et Constantin en 1916 et consistant en un aspect lacunaire, tacheté, tigré, si symptomatique de cette affection.

Malgré des pertes de sang relativement fréquentes, la déglobulisation n'est pas énorme ; le nombre des globules rouges n'est pas descendu au-dessous de 3.500.000. Mais deux autres symptômes indiquent une dystrophie générale : d'une part, un léger degré d'hippocratisme, d'autre part un certain degré d'infantilisme ; notre jeune adolescent ne pèse que 45 kil. 700 et mesure 1 m. 65. Il a l'aspect d'un grand enfant de 13 à 14 ans.

C'est donc une affection qui est apparue et qui a évolué avec la puberté et, comme vont nous l'indiquer ses antécédents, c'est une maladie familiale et c'est l'histoire de son oncle et de son père que nous avons soignés aux différentes étapes d'affections mortelles, qui nous fit penser à la polypose recto-colique diffuse.

Son père est mort à 36 ans, en 1936, d'un néoplasme. Je le vis avec des signes de ténesme et d'hémorragie rectale et un gros foie.

Les examens pratiqués à l'Hôtel-Dieu par MM. Beaujard et Friedel montrèrent un néoplasme recto-sigmoïdien. Il présentait depuis 1926, c'est-à-dire dix ans auparavant, des signes vagues d'entérite.

Son oncle est mort au début de cette année 1942, opéré par le Docteur Lescaux d'un néoplasme de l'angle colique gauche. Il avait présenté depuis 1938-1939 des troubles intestinaux étiquetés dysenterie amibienne à cause de la présence de parasites dans les selles. Il fut, pendant la guerre, suivi au Val-de-Grâce par notre ami Chevalley et c'est à l'occasion de signes d'occlusion qu'il fut opéré et qu'on découvrit la nature cancéreuse de son affection intestinale.

Il est probable que le père et l'oncle de ce jeune homme avaient présenté des signes de polypose intestinale dont l'évolution néoplasique est si fréquente et constitue comme un accident évolutif habituel de cette maladie.

Mais nous retrouvons encore dans les antécédents héréditaires : son grand père, mort de cancer du foie à 46 ans et son grand oncle, mort d'une tumeur de l'intestin à 30 ans. En somme, on retrouve l'existence d'antécédents familiaux qui ont une valeur considérable d'un caractère positif en faveur du diagnostic. Ces faits confirment les histoires familiales rapportées surtout par les auteurs anglais, américains ou allemands.

Nous retrouvons donc chez notre malade tous les caractères de la polypose recto-colique diffuse ou adénomatose du gros intestin, maladie de l'enfance et de l'adolescence, maladie familiale ayant au point de vue clinique une évolution d'abord banale, mais pouvant faire craindre la transformation épithéliomateuse que les examens histologiques ne nous ont pas permis fort heureusement de constater encore.

Au point de vue thérapeutique, nous nous sommes borné jusqu'ici au traitement médical et à l'électro-coagulation thermique. Si le résultat ne peut être complet, étant donné l'étendue de la polypose sur tout le cadre colique notre malade fut très amélioré au point de vue général, intestinal et hémorragique.

Mais sachant trop à quel avenir est voué ce jeune homme, nous devrons envisager probablement bientôt le traitement chirurgical comme l'ont indiqué Leveuf, Soupault, Welti : colectomie totale en un ou deux temps (Leveuf) ou colectomies partielles (Welti). Le Professeur Leveuf vient de conseiller à notre malade un premier temps opératoire : cœcostomie avec lavages intestinaux au magnésium.

Les Thèses

Dr Renée Boy-Coquelin. — **La bronchoscopie dans les hémoptysies sans cause apparente.** (Thèse de Paris, 1941).

Une hémoptysie nécessite toujours un examen complet et minutieux des voies aériennes supérieures et inférieures, de la cavité bucco-pharyngée, et aussi du cœur (rétrécissement mitral). Lorsque cet examen ne donne pas la clef du diagnostic, on pense à la tuberculose cicatricielle ou abortive, à la bronchite sanglante de Castellani, à la bronchectasie hémoptoïque, aux lésions et tumeurs trachéo-bronchiques (cancer, angiomes, etc.). Dans ces deux derniers cas, la bronchoscopie pourra fournir d'utiles renseignements ; elle sera indiquée s'il s'agit d'hémoptysies abondantes ou répétées. Toutefois, une hémoptysie abondante ou de moyenne importance oblige à retarder l'examen bronchoscopique de huit à dix jours.

Dr Albert Céleste. — **Essai de traitement de la blennorragie féminine par la sulfamide thiazolique, 640 M. Lysothiazol** (Thèse de Paris, 1942).

La sulfamidothérapie constitue un très grand progrès dans le traitement de la blennorragie masculine et féminine. Tour à tour, ont été utilisés avec succès, dans cette affection, la p-amino-benzène sulfamide, la sulfamide pyridique et son sel d'alumine, la sulfamide thiazolique et son sel d'alumine.

L'auteur expose, dans son travail inaugural, les excellents résultats qu'il a enregistrés dans le service de M. Périn, à la maison de Saint-Lazare, avec le 640 M-Lysothiazol, sel d'alumine de la sulfamide thiazolique.

Sur 224 observations prises au hasard, de blennorragies féminines traitées par le 640 M., il a relevé 190 succès et 34 échecs, qui ont d'ailleurs cédé à des médications et interventions complémentaires. Dans 164 cas, la stérilisation s'est produite dans les 24 heures.

De toxicité très faible, la sulfamide thiazolique et son sel d'alumine, le 640 M., peuvent être prescrits à doses fortes. Le traitement peut être réduit, même, à une seule journée (9 grammes, soit un comprimé de 0 gr. 50 toutes les heures, pendant 18 heures), la malade étant tenue au repos pendant cette journée et absorbant une alimentation légère et des boissons assez abondantes (eau simple ou bicarbonatée) pour éviter la cristallisation du dérivé acétylé du médicament au niveau de l'appareil urinaire.

La tolérance du 640 M. est généralement excellente. Se rappeler qu'il y a incompatibilité entre la sulfamide thiazolique et l'urotropine et également le benzoate de soude. La grossesse est aussi, habituellement, une contre-indication.

Dr Jacques Tréca. — **Contribution à l'étude des occlusions intestinales au cours de la grossesse.** (Thèse de Lille, 1942).

L'occlusion intestinale est une complication rare de la grossesse. Elle peut se produire soit du fait d'une compression de l'intestin par l'utérus gravide, soit par l'une des causes chirurgicales de cette affection. Le traitement est surtout opératoire. Si l'acuité des accidents n'est pas trop grande, le traitement médical, aidé de la position génu-pectorale prise 4 ou 5 fois dans la journée (lorsqu'une compression de l'intestin par l'utérus semble intervenir), pourra être essayé, pendant 6 à 12 heures.

Les Sociétés Savantes

Académie de médecine

Les origines de l'épilepsie

(M. J. Comby ; 23-6-1942)

Trousseau accordait au facteur hérédité un rôle presque exclusif dans l'étiologie du mal comitial et son opinion est restée prépondérante pendant de nombreuses années. Aujourd'hui, elle est très discutée.

Scrutant minutieusement les antécédents personnels des jeunes épileptiques, M. Comby a pu se convaincre que l'épilepsie idiopathique est presque toujours accidentelle, acquise, non héréditaire ni familiale, non transmissible à la descendance. On relève en effet communément, chez ces malades, des incidents obstétricaux ou des maladies infectieuses de l'enfance, à répercussions lésionnelles cérébrales.

— M. Claude note que la communication de M. Comby ouvre à nouveau le débat concernant l'hérédité de l'épilepsie. Les médecins qui ont observé dans les familles la survenance de cas d'épilepsie dite idiopathique sont, en général, de l'avis de M. Comby et savent que beaucoup de ces faits rentrent dans le cadre des reliquats encéphalitiques, d'origine obstétricale ou lésionnelle, dominés par l'hérédité spécifique. L'élément toxique (par troubles gastro-intestinaux, hépatiques, rénaux) doit aussi être recherché, dans les manifestations convulsives en particulier, ainsi que le facteur alcoolique.

— M. Pagniez est d'accord avec M. Comby pour estimer que la grande majorité des cas d'épilepsie dite idiopathique n'a cliniquement aucun caractère héréditaire. Cependant, des recherches récentes (Lennox et Gibs, Löwenbach) faites par la méthode électro-encéphalographique ont montré, non seulement chez les épileptiques mais aussi chez leurs parents, des anomalies des tracés électriques, une dysrythmie cérébrale spéciale qui est beaucoup plus rare chez les sujets normaux. Si ces recherches se confirment, une reconsidération de la notion hérédité dans l'épilepsie pourrait être envisagée, sous une forme différente, il est vrai, et non encore définie.

L'organisation de l'hygiène du lait en France

(M. Ribadeau-Dumas : 30-6-1942)

Après rapport de M. Ribadeau Dumas, fait au nom de la Commission du lait, l'Académie a adopté, dans leurs parties principales, les conclusions des quatre communications de M. Thieulin relatives à l'organisation de l'hygiène du lait en France, communications que nous avons analysées antérieurement.

Guérison d'un psoriasis généralisé par la chimiothérapie associé à l'imidazol-alanine

(M. J. Brunati ; 30-6-1942)

L'auteur a obtenu la guérison d'un psoriasis généralisé par des pommades arsenicales additionnées d'histidine et d'histamine, l'histidine ayant agi, dit-il, comme favorisant l'efficacité de la chimiothérapie, et les faibles doses d'histamine par les effets généraux de la désensibilisation à l'histamine.

L'importance des sclérodermies dans plusieurs syndromes génitaux et fréquence des complexes

(M. H. Gougerot ; 30-6-1942)

M. Gougerot envisage les syndromes provoqués par les sclérodermies des voies génitales : maladie de Stühmer (Balanitis obliterans post-operationem), kraurosis glandis et preputii, kraurosis vulvœ, leucoplasie glandis et preputii, complexes et processus mixtes, etc.

De l'intérêt nutritif et de l'utilisation pratique des levures

(M. Raymond Jacquot ; 7-7-1942)

Les levures sont des organismes riches en azote et riches en vitamines, en vitamines du groupe B en particulier : aneurine (B1), riboflavine (B2), adermine (B6), amide nicotinique (P.P.), et autres facteurs moins bien identifiés (vitamines B3, B5, B7, etc.). Les levures peuvent donc constituer à la fois un apport azoté intéressant et un apport vitaminique de premier ordre. Mais, leur utilisation immédiate n'est pas toujours possible. En aucun cas, il ne faut consommer des quantités relativement élevées de levures à l'état frais : on risquerait des accidents par fermentations intestinales, et l'utilisation digestive est alors très médiocre. Pratiquement, il est nécessaire, pour usage alimentaire, d'améliorer les levures par un traitement industriel, en préparant des extraits de levure. Le procédé le meilleur est actuellement celui des autolysats, suivant la technique mise au point par Schaeffer et E. Le Breton en France et par Lehmann en Allemagne, qui permet un rendement azoté élevé et la conservation de la presque totalité des vitamines.

Académie de chirurgie

Opération de Richer (section des nerfs érecteurs et des nerfs hypogastriques) pour cystalgie rebelle

(M. J. Goethals-Borin, de Bruxelles. — Rapport de M. Bernard Fey ; 6-5-1942)

Guérison d'une thrombo-phlébite du membre supérieur par infiltrations stellaires et résection veineuse

(M. J. de Girardier, de Dijon. — Rapport de M. André Sicard ; 6-5-1942)

Un manœuvre de 31 ans éprouve, au cours d'un effort pour soulever un cric de 80 kilos, une douleur brutale à la région supéro-interne du bras droit. Quatre jours plus tard, apparaît un œdème généralisé, dur, apyrétique, du membre supérieur, avec cyanose de la peau et circulation collatérale s'étendant au thorax. Le onzième jour, des infiltrations novocaïniques du ganglion étoilé sont pratiquées. L'œdème diminue mais la veine reste indurée. Résection de la veine huméro-axillaire, guérison.

Cette observation s'ajoute à celles qu'Olivier et Léger viennent de réunir dans leur monographie. Dans ce groupe de cas, l'examen du segment thrombosé a été pratiqué dix-sept fois : il a toujours montré des lésions d'endophlébite. Il faut donc admettre que si l'effort joue un rôle, il n'est que révélateur d'un processus latent.

L'infiltration du ganglion étoilé est, en pareille circonstance, une méthode à retenir, dit M. André Sicard. Mais si l'amélioration n'est pas rapide, on aura recours à la résection veineuse.

P. L.

Toulouse

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE, CHIRURGIE ET PHARMACIE

Survie de onze ans pour cancer du rein opéré

MM. DUCUING et GISCARD présentent l'observation d'un homme âgé de 56 ans, opéré en juin 1927 de cancer du rein : il vivait encore en juin 1938, soit onze ans après l'intervention. Il vit peut-être encore, mais on ne peut correspondre actuellement avec lui. Lors de l'opération, la douzième côte fut réséquée et le rein enlevé avec la plus grande douceur : une grande partie de l'atmosphère péri-rénale et la capsule surrénale furent également extirpées. La tumeur, bien encapsulée, siégeait dans le pôle supérieur : il s'agissait d'un hypernéphrome.

Deux cas de néphrites azotémiques précoces de la scarlatine

MM. DALOUS, J. FABRE et DE BRUX rapportent deux observations de néphrites azotémiques précoces, se révélant cliniquement l'une par des signes digestifs marqués, l'autre par des signes nerveux, au cours d'une scarlatine particulièrement grave. Malgré le taux de l'azotémie (plus de 3 grammes) les auteurs n'ont pas hésité à pratiquer la sulfamidothérapie à hautes doses avec plein succès et *restitutio ad integrum* en quelques jours. Ils opposent la néphrite azotémique précoce à la néphrite de la convalescence. Les néphrites du début de la scarlatine, mêmes très graves, sont liées plus à une inhibition fonctionnelle de l'organe par troubles neuro-végétatifs qu'à des lésions des éléments nobles du rein.

Laryngectomie totale

MM. J. CALVET, BEC et LÔ. — Il s'agit d'un cas d'épithélioma spino-cellulaire opéré (laryngectomie totale) par les méthodes combinées de Tapia-Périer. Une fistule s'étant produite à l'extrémité droite de la suture pharyngée, la sonde nasale qui permettait l'alimentation fut enlevée et on pratiqua une gastrostomie. Guérison complète du malade en quinze jours. L'absence de sonde avait évité l'irritation au niveau de la plaie et permis une rapide cicatrisation.

Cancer de la trachée opéré depuis quatre ans

M. J. CALVET rapporte l'observation d'une jeune femme présentant un épithélioma de la trachée opéré par voie endoscopique il y a quatre ans et traité secondairement par les rayons X, 27.000 r. en trois séries, 9.000 par an environ. Actuellement, tendance à la récidive, mais l'auteur insiste sur la longueur de la survie qui dans des cas analogues ne dépasse guère un an ou six mois au grand maximum.

Pied paralytique talus-valgus

M. R. CHARRY présente une petite malade âgée de 7 ans, atteinte d'un pied paralytique talus-valgus par paralysie du triceps sural et du jambier antérieur. La démarche était impossible, car dans ce pied ballant la face externe du pied touchait aisément la face externe de la jambe. L'intervention a consisté en une arthrorise externe et en transplantations des péroniers sur le calcanéum, et de l'extenseur propre sur le scaphoïde : elle a donné un pied solide, bien maintenu à angle droit, actif volontairement et assurant une démarche parfaite.

La Presse

Contribution à l'étude des localisations cérébrales ; la symptomatologie occipitale

Grâce aux acquisitions modernes, et compte tenu de la complexité de tout acte individuel, les centres cérébraux ne sont plus envisagés isolément, statiquement, mais plutôt dynamiquement dans leur coopération avec des centres associés pour créer et entretenir les multiples fonctions cérébrales. Il n'en reste pas moins vrai que les éléments essentiels de ces dispositifs spécialisés — qu'on les dénomme centres ou non — sont compartimentés dans des régions cérébrales et fixes. Dans son étude, J.-A. CHAVANY envisage le lobe occipital. Celui-ci représente la région visuelle ; son rôle majeur est la fonction visuelle proprement dite, dans ce qu'elle a de sensoriel pur avec tous ses attributs. Ce rôle est net, précis, et ses manifestations pathologiques sont parfaitement connues. Mais à côté de cette fonction élémentaire à tout prendre, il en reste une autre plus élevée, qui préside à l'identification et à la reconnaissance des « faits visuels » ; c'est la fonction visuo-gnosique. Il apparaît en outre que le lobe occipital intervient dans l'orientation, l'activité motrice complexe, la direction. L'expérience personnelle de l'auteur permet de lui attribuer une fonction visuo-psychique intéressante, outre la mémoire visuelle, la mémoire en général. L'électro-encéphalographie fournit d'intéressantes constatations. (*Gazette des Hôpitaux*, 1er juillet 1942).

La maladie post-opératoire. Réactions vaso-motrices. Tests humoraux

Un acte chirurgical, écrit J. DE FOURMESTRAUX, constitue une agression tissulaire, conjonctive et vasculo-nerveuse, qui se traduira par des symptômes fugaces ou prolongés, décelés par l'examen du malade, par celui des réactions vaso-motrices et des tests humoraux. Troubles passagers souvent, mais constants, qui s'étendent du simple malaise post-opératoire aux accidents les plus sévères, dont la gravité apparente rappelle ceux du choc traumatique des grands blessés de la guerre ou de la route. A cette maladie opératoire, que l'auteur décrit en ses aspects variés, il demeure difficile de donner une origine univoque. Il est évident que déjà les tares discrètes, présentées par le malade en dehors même de l'affection qui a provoqué l'intervention (insuffisance rénale, hépatique, cardio-vasculaire, endocrinienne) sont aggravées par l'anesthésie, la perte de sang, la durée de l'acte opératoire ; mais, il ne s'agit là que de causes secondes, car la maladie opératoire ne constitue qu'un des aspects de la maladie post-traumatique nerveuse, qui, dans son mécanisme initial, est conditionnée par les réflexes post-traumatiques.

Ces excitations nerveuses initiales ayant comme point de départ la plaie opératoire, il semble possible de réduire au minimum le traumatisme, l'agression tissulaire locale, et de bloquer ainsi en partie leur transfert au départ de la plaie viscérale ou pariétale ; pour la même raison, l'anesthésie locale même prolongée sera infiniment mieux supportée qu'une anesthésie générale plus courte. Des moyens précieux de prophylaxie et de traitement comprendront pendant l'intervention des gestes précis, patients, mais non brutaux, une hémostase méticuleuse et immédiate, une salle très chauffée ; puis, aussitôt après : l'introduction rapide d'un sérum glucosé hypertonique et la lutte contre l'insuffisance hépatique. (*Le Progrès médical*, 10 juillet 1942).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

STATISTIQUE ET DÉCLARATIONS

Nous ne prétendons pas que les statistiques soient absolument inutiles.

Nous admettons même qu'elles fournissent le seul moyen de se rendre approximativement compte des résultats des mesures sanitaires de prophylaxie et qu'elles servent le plus souvent de base à la nosologie.

Mais la prophylaxie, la thérapeutique et la nosologie sont et resteront longtemps des sciences conjecturales, si toutefois elles peuvent parvenir à devenir des sciences véritables, des sciences exactes.

Aussi nous partagerons absolument l'opinion de Claude Bernard quand, dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1), il écrit :

« Quant à la *statistique*, on lui fait jouer un grand rôle en médecine, et dès lors, elle constitue une question médicale qu'il importe d'examiner ici. La première condition pour employer la statistique, c'est que les faits auxquels on l'applique soient exactement observés, afin de pouvoir être ramenés à des unités comparables entre elles. Or, cela ne se rencontre pas le plus souvent en médecine. Tous ceux qui connaissent les hôpitaux savent de quelles causes d'erreur grossières ont pu être empreintes les déterminations qui servent de base à la statistique.

Très souvent le nom des maladies a été donné au hasard, soit parce que le diagnostic était obscur, soit parce que la cause de la mort a été inscrite sans y attacher aucune importance scientifique, par un élève qui n'avait pas vu le malade, ou par une personne de l'administration étrangère à la médecine.

Sous ce rapport, il ne pourrait y avoir de statistique pathologique valable que celle qui est faite avec des résultats recueillis par le statisticien lui-même. Mais, dans ce cas même, jamais deux malades ne se ressemblent exactement... Elle ne peut donner qu'une *probabilité* mais jamais une *certitude* ».

Une seule statistique repose sur des chiffres dont l'on ne saurait discuter l'exactitude, ni la sincérité, c'est celle des décès et des naissances ; encore faudrait-il, pour en tirer des conclusions, examiner de près dans quelles conditions se sont produits ces derniers ?

Par exemple, Le *Bulletin de statistique départementale et communale* que publie le Secrétariat général de la *Préfecture de la Seine*, nous apprend qu'en janvier 1942, il y a eu 8.320 décès et 4.300 naissances, tandis qu'en juillet, le nombre des décès est tombé à 4.163 et celui des naissances s'est élevé à 4.791. Or, pour en tirer des conclusions sur une amélioration démographique, il faudrait chercher pourquoi le nombre des décès de juillet a atteint la moitié du nombre des décès de janvier. Peut-être a-t-il été fortement influencé par la sélection que l'hiver a faite, en sacrifiant un nombre notable de chroniques ou de déficients et leurs décès se seraient sans doute répartis dans les mois suivants de 1942. Il faudrait encore tenir compte des décès d'étrangers au département qui sont venus mourir à Paris. Pour les naissances, il faudrait savoir exactement le nombre des femmes étrangères au département qui sont venues faire leurs couches à Paris. Etant donnée la fluctuation inévitable de la population en France dans les circonstances actuelles, on ne saurait tirer de ces chiffres un indice démographique trop favorable qui pourrait n'être qu'une apparence.

La statistique est encore bien plus décevante lorsqu'elle s'applique aux causes des décès. Les médecins de l'Etat civil (dans les villes où ils existent) font un diagnostic rétrospectif sur les renseignements que les familles leur donnent et sur les prescriptions des ordonnances qu'on leur fournit ; or, quel est le médecin sérieux qui voudrait poser un diagnostic, même probable, avec pareilles données ?

L'administration sanitaire s'est parfaitement rendu compte de ces causes d'erreur et a cherché à imposer au médecin traitant la déclaration des causes de décès.

Or, combien cette déclaration serait décevante ! Le praticien, surtout à la campagne où il est appelé souvent à donner ses soins *in extremis*, ne peut pas porter de diagnostic ou porte un « diagnostic obscur » selon l'expression de Claude Bernard.

Aux questions que pose l'entourage du malade, il répond en donnant le nom d'un syndrome et souvent il n'est pas lui-même fixé sur la cause de la maladie, la seule donnée qui importe à l'autorité sanitaire.

Les morts rapides ou subites sont attribuées à une cause à la mode. Jadis, c'était la rupture d'un anévrysme (affection relativement rare), puis ce fut la congestion ou l'hémorragie cérébrales ; aujourd'hui en raison des progrès de la cardiologie, les morts subites et mystérieuses sont attribuées à l'infarctus du cœur.

Les déclarations de maladies transmissibles subissent le même sort. Les recherches de laboratoires ne sont pas infaillibles. Si elles sont négatives, elles laissent le médecin dans le doute, que ce soit pour la syphilis, la fièvre typhoïde, ou pour toute autre affection.

Nous sommes persuadés que quelques-uns de nos confrères qui n'avaient jamais vu de varioles, ont déclaré pour des varioles des cas de varicelle.

---

(1) Chapitre II. — Considérations spéciales aux êtres vivants ; § IX. De l'emploi du calcul dans l'étude des phénomènes des êtres vivants : des moyennes et de la statistique.

D'après le *Bulletin de statistique du département de la Seine*, le nombre des cas de diphtérie serait en progression si on le compare à la moyenne des cinq dernières années. Est-ce que la vaccination par l'anatoxine qui devrait actuellement produire son plein effet, serait devenue moins efficace ? On ne saurait l'affirmer et nous préférons croire que les déclarations faites par les praticiens sont plus nombreuses, les diagnostics de diphtérie bénigne étant plus fréquents.

Il importe de bannir la fantaisie du domaine de la statistique. Nous nous souvenons qu'à l'Exposition de 1900, la Ville de Paris avait dressé des tableaux, représentant le plan de la cité divisée en arrondissements ; des hachures plus ou moins serrées et accentuées représentaient la proportion de telle ou telle maladie dans chaque arrondissement. Pour le diabète, présumé une maladie de riches, le XVIe arrondissement était copieusement haché ; tandis que le XVIIIe, dont la population était exclusivement ouvrière, restait d'une blancheur immaculée.

Nous nous demandons sur quelles bases le statisticien, auteur de ce tableau, avait fondé sa conviction sur la fréquence du diabète dans le XVIe arrondissement, si ce n'est dans sa fantaisiste imagination ?

Nous pourrions donner plus d'un exemple des erreurs causées par la statistique en thérapeutique. Le *Post hoc, ergo propter hoc* et la *Natura medicatrix* y jouent un rôle prédominant.

Conclusion : Sans dénier toute valeur à la statistique sanitaire, nous croyons qu'il est prudent de se défier d'elle et de discuter ses résultats, car selon l'expression de Claude Bernard « elle ne peut donner qu'une *probabilité*, mais jamais une *certitude* ».

J. Noir.

LES CLIENTÈLES DES MÉDECINS PRISONNIERS SONT-ELLES AUJOURD'HUI EFFICACEMENT PRÉSERVÉES ?

Nous avons publié, dans notre numéro du 1er octobre dernier, le texte de la loi du 28 août 1942, puis quelques brefs commentaires. Etudions aujourd'hui, avec l'attention qu'il mérite, ce texte, tant attendu, dont il ne faut pas sous-estimer l'importance.

Pour la première fois, une loi traite spécialement de la préservation des intérêts des six cents médecins de réserve encore prisonniers. Il aura fallu plus de deux ans pour que les pouvoirs publics comprennent que ce grave problème valait mieux que deux lignes « commises » distraitement dans une loi ayant un autre objet... Tout arrive, mais il était temps, car l'art. 1er, § 3 de la loi du 2 avril 1941, dont nous avons signalé aussitôt l'insuffisance flagrante, constituait une protection d'autant plus illusoire que son application était livrée aux interprétations facétieuses de certains Préfets, et à l'insouciance officielle.

Cette protection est-elle maintenant aussi efficace que nous invite à le croire le commentaire officieux de la loi du 28 août, reproduit ici ou là ? Il s'en faut.

Mais avant d'en venir aux critiques, énumérons loyalement les mérites de ce texte.

Dans son art. 3, la loi institue une *circonscription réservée* à délimiter par le Conseil supérieur de l'Ordre, en faveur des seuls médecins ruraux, c'est-à-dire de ceux *ayant exercé dans les communes où étaient installés, avant le 1er septembre 1939, moins de cinq médecins*. Cette disposition n'est pas à l'abri de toute critique, mais aussi imparfaite qu'elle soit, elle marque un progrès sur l'expression si vague employée par la loi du 2 avril 1941, qui interdisait de pratiquer son art « *aux lieu et place* » d'un médecin prisonnier.

Approuvons la rédaction de l'art. 4, qui précise qu'*aucun médecin ne pourra s'installer dans les circonscriptions réservées qu'à titre de remplaçant et à charge par lui de quitter la circonscription lors du retour du prisonnier*. Ceci ruinera une thèse quelque peu cynique, selon laquelle, sous l'empire de la loi du 2 avril 1941, l'autorisation de s'installer dans le ressort d'un prisonnier était provisoire pendant l'absence de celui-ci... et devenait définitive à son retour ! (V. *Concours médical*, 2 novembre 1941).

Louons aussi le maintien, institué par l'art. 5, du *périmètre réservé pendant les cinq années qui suivent le retour de l'absent*. Le médecin libéré risquait jusqu'à présent de se trouver, au lendemain de son retour, aux prises avec un concurrent dont les possibilités physiques et morales n'auraient pas été affaiblies par la captivité : d'où partie inégale.

Quant à l'art. 6, il contient de bonnes choses ... et de moins bonnes. Le bon ? C'est l'*affectation aux médecins retenus en captivité et non installés au moment des hostilités, comme aux étudiants en fin de scolarité à cette date, des postes devenus vacants par suite de l'interdiction des médecins étrangers*, et *la création d'une zone réservée* autour de ces postes : sollicitude marquée à ceux que la guerre puis la captivité ont empêché de jouir du fruit de leurs études, et pour lesquels la question de l'installation est rendue difficile, par le fait des fraîches promotions de jeunes étudiants non captifs.

Sous les fleurs, quelques épines de taille sont cependant cachées. Localisons-les, dans l'espoir de les voir rapidement arrachées.

Ne pourront se prévaloir de la loi que les médecins retenus en captivité pendant dix-huit mois, dispose l'art. 1er. Le commentaire officieux explique qu'il ne fallait pas ouvrir des conflits délicats à résoudre, et que d'ailleurs, tous les médecins déjà rentrés de captivité ont retrouvé leur situation antérieure. Que l'on nous permette : 1° de rectifier une erreur matérielle. Des conflits *sont déjà nés*. A notre connaissance, quatre médecins libérés sont en difficultés avec des intrus. Sans doute y en a-t-il d'autres ; 2° de regretter une mansuétude excessive pour des médecins qui, en contravention avec deux lois antérieures et contre toute élémentaire correction confraternelle se sont installés dans un ressort de prisonnier. Six mois ou un an de captivité ajoutés aux neuf mois de « drôle de guerre » font une durée d'absence de 15 ou 21 mois, durant laquelle une installation voisine peut porter un tort considérable. Le législateur a donc tort, en principe, comme en pratique, de sembler vouloir passer l'éponge. D'ailleurs, contrairement à ce que laisse entendre le commentaire visé plus haut, les médecins libérés avant les 18 mois, sont protégés, selon les cas, par le décret du 20 mai 1940 ou par la loi du 2 avril 1941. La loi du 28 août, non rétroactive, de l'aveu même du commentaire, ne peut anéantir dans le passé les effets des textes antérieurs, qui ont créé, au profit des médecins mobilisés ou prisonniers, des droits acquis que ceux-ci peuvent valablement continuer à défendre, avec les moyens imparfaits mais réels, dont ils disposent.

Autre critique : l'art. 3 laisse au Conseil supérieur *la faculté de déterminer, sur proposition du Conseil départemental, une circonscription au profit du méde-*

cin rural. Le Conseil départemental sera donc libre de proposer ou de ne pas proposer, le Conseil supérieur de délimiter ou non. Cette licence laissée au double échelon corporatif pourra, dans bien des cas, engendrer des mécomptes.

Au tour maintenant des dispositions discutables de l'art. 6, signalées plus haut. *Si l'intérêt de la population justifie que le poste, tenu auparavant par un étranger interdit et réservé à un prisonnier, resté pourvu jusqu'au retour de celui-ci, le médecin interdit pourra être autorisé par le secrétaire d'Etat à la Santé, après avis du Conseil supérieur, à continuer temporairement d'exercer.* La question des médecins étrangers se lie étroitement à la politique générale du Gouvernement, qui peut, ou non, être approuvée par chacun. Mais ayant opté pour une attitude officielle de fermeté, les pouvoirs publics n'auraient-ils pas intérêt à ne pas paraître se déjuger par une disposition qui peut ouvrir la porte à bien des compromissions ? S'il y a des cas vraiment intéressants de médecins interdits, que des mesures de bienveillance individuelles soient officiellement prises en leur faveur, dans le cadre de la loi du 22 novembre 1941. Mais, pourquoi des procédés tortueux, risquant de paralyser sur une grande échelle et sans examen de chaque cas particulier, l'application de la loi ? « Et l'intérêt de la population privée de médecin ? » nous objectera-t-on. Que l'on prenne les remplaçants nécessaires dans les rangs des médecins militaires en congé d'armistice, qui ne sont pas — pourquoi ? — employés à la relève. Ainsi seront évitées certaines installations scandaleuses qui émeuvent fortement le Corps médical.

Les médecins ruraux, avons-nous dit, sont insuffisamment protégés, mais que dire des médecins urbains ? Les mesures prises en leur faveur par l'art. 7 sont bien minimes. Elles consistent essentiellement : 1° *à s'en remettre aux Conseils départementaux du soin d'inviter les titulaires de plusieurs emplois publics et privés rémunérés, à s'en démettre en faveur des prisonniers* ; 2° *à réserver à ceux-ci les emplois devenus vacants, sauf à en assurer l'intérim.* Gageons que cette seconde mesure ne fournira guère de quoi pourvoir et *faire vivre* les six cents prisonniers... Quant à la première, qui convie le Corps médical à une manifestation du genre « nuit du 4 août », nous craignons qu'à l'instar de l'art. 3 étudié plus haut, elle ne soit la source d'amères désillusions. Bon nombre de médecins pourvus de fixes, ne se croiront-ils pas en droit de « décliner » l'aimable invitation qu'ils auront reçue du Conseil départemental ? Alors, que restera-t-il au pauvre médecin urbain libéré ? S'il fallait en croire le commentaire déjà cité : le néant. Ne nous a-t-on pas fait savoir, en effet, qu'il avait été impossible de lui réserver une circonscription, parce que dans les villes, les clientèles médicales sont trop intimement imbriquées ? Pour un petit nombre de grandes villes, nous admettons l'excuse ; mais elle ne vaut guère pour les nombreuses agglomérations qui constituent les petites villes. Prenons, par exemple, telle ville de 5.000 habitants, qui compte 5 médecins et plus, dont un ou deux prisonniers. A qui fera-t-on croire qu'il est impossible de délimiter autour de cette ville une circonscription réservée ? N'est-il pas affligeant de penser que du jour au lendemain, un ou deux confrères vont pouvoir s'installer, s'ils ne l'ont déjà fait, dans cette localité ? Heureusement le médecin urbain n'est pas aussi démuni qu'on pourrait le penser : il lui reste, pour se défendre, l'art. 2 de la loi qui a repris l'interdiction, posée par la loi du 2 avril 1941, de *« pratiquer la médecine aux lieu et place d'un prisonnier».* Sans doute, cette arme manquet-elle de précision. Mais il se trouvera, pensons-nous, des juges pour reconnaître que, dans l'exemple cité par nous, les nouveaux venus se sont installés en contravention avec ce texte. La tâche sera certes plus ardue que si un périmètre avait été institué. Elle ne sera pas insurmontable. Le « Sou médical », en tous cas, se mesurera avec elle.

Venons-en enfin à l'imperfection majeure de la loi, celle qui, sans être apparente, vicie le texte entier. L'art. 4 dispose qu' *« à dater de la publication de la loi,* les médecins ne *pourront* s'installer dans les circonscriptions réservées... ». *Le bénéfice de la loi ne pourra donc être invoqué par les prisonniers que contre les installations postérieures au* 6 *septembre* 1942. C'est dans ce sens que concluait récemment la Commission de protection des intérêts des prisonniers fonctionnant au Conseil supérieur de l'Ordre, sur la demande d'un médecin toujours captif, soucieux de faire valoir ses droits contre une installation abusive dont son courrier venait de lui apporter la nouvelle. Or, il faut bien se rendre compte que, *deux ans après la débâcle,* la répartition des médecins disponibles entre les différents postes à pourvoir est chose faite, et que, par conséquent, la très grosse majorité des installations irrégulières sera vraisemblablement antérieure au 6 septembre 1942. La loi qui vient d'être promulguée risque donc de ne représenter qu'un coup d'épée dans l'eau. Les prisonniers bénéficieront, il est vrai, des fameux textes antérieurs. D'accord, mais, à quoi sert la nouvelle loi ?

On voit qu'elle est loin d'être parfaite. Dictée par de bonnes intentions, sa rédaction est timide, contradictoire, incomplète. Des réformes essentielles s'imposent d'urgence. Nous les demandons avec la même insistance que celles de la loi du 2 avril 1941. Les gains réalisés ne sont que partiels, et, sur plusieurs points, de pure forme. Avant la promulgation du texte, nous avions tenu à esquisser les grandes lignes de ce que devait être selon nous, l'efficace défense des prisonniers. Il est regrettable qu'il n'ait pas été tenu compte de suggestions dictées par l'expérience. Nous nous étonnons aussi que le commissariat au reclassement des prisonniers, qui a détenu le projet pendant plusieurs semaines, n'ait pas donné d'utiles conseils aux rédacteurs de la loi. Nous faisons confiance au secrétaire d'Etat à la Santé pour que les modifications nécessaires soient rapidement acquises.

En l'état actuel des choses, force nous est de conclure que la préservation des intérêts des médecins prisonniers risque de n'être qu'un mirage... comme la relève. Pour pouvoir « tenir », un moral de prisonnier a besoin d'étais plus solides !

Pierre DOURIEZ.

LA NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX

Constatations du Docteur Fernand DECOURT

J'ai parcouru avec grand intérêt la nouvelle « Nomenclature des actes professionnels » que le *Concours médical* vient de nous adresser.

Je savais, en effet, que le « Conseil national de l'Ordre » avait proposé à la Réunion des Assureurs de prendre cette Nomenclature en matière de soins aux accidentés du travail, en place du Tarif officiel actuel simplement modifié quant aux prix. Comme depuis plus de trente ans, je me suis occupé, à la Commission ministérielle du Tarif A. T., de la confection de ce dernier et que j'ai toujours fait partie non seulement de la Commission plénière, mais aussi de la sous-Commission préparatoire — et cela à chaque révision du Tarif — on comprendra combien l'étude de cette

nouvelle Nomenclature pouvait m'intéresser, me passionner même... Et cela d'autant plus qu'ayant l'honneur d'être le président-médecin de la Commission d'arbitrage entre assureurs et médecins depuis sa fondation, en 1929, j'avais à cœur, évidemment — surtout en ce qui concerne la pratique journalière de la médecine — de bien me pénétrer, à la fois, du sens littéral et de l'esprit général de cette Nomenclature, au cas où elle deviendrait la « Charte », en quelque sorte, sur laquelle les décisions arbitrales devraient désormais être basées ...

J'examine donc avec soin cette nouvelle « *Nomenclature des Actes professionnels* » des médecins. Il y a là de bonnes choses, de fort bonnes même, ne fût-ce, par exemple, que la réunion en un seul tout de ce qui concerne non seulement les actes professionnels des médecins, mais ceux des dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Et aussi, et surtout cette suppression de « *l'acte global* », ce forfait qui, pour les opérations, englobait non seulement l'acte opératoire mais les aides, les anesthésistes et les soins consécutifs pendant vingt jours.

Par contre, combien est fâcheusement réglé, ce qui concerne les simples praticiens !..... On croirait vraiment que cette Nomenclature fut spécialement établie PAR et POUR les chirurgiens et médecins spécialisés. On sent qu'il n'y eut pas, dans la Commission qui la rédigea, de représentants compétents, qualifiés, des praticiens de ville, de province et de campagne.

Aussi, après un premier examen, et dès celui-ci ai-je le regret d'avoir à constater que **cette nouvelle Nomenclature, en ce qui concerne les Actes de pratique médicale courante (P. M.), dénote une réelle méconnaissance de cette pratique même, un certain dédain pour les actes accomplis journellement par les simples praticiens, un danger d'incompréhensibilité pour ceux-ci de certaines parties du texte et parfois même d'impossibilité d'application de celui-ci, au point de vue pratique.**

Je vais m'expliquer sur ces pénibles constatations en donnant quelques exemples.

***

— **1°** On lit au Chapitre 1er : « *Consultation : C.1. Visite au domicile du malade* : C. 1,2 ». Or, dans ce deuxième « Acte professionnel », il y a deux éléments distincts : *a*) *l'acte technique* (C. 1) toujours le même en quelque lieu qu'il soit effectué, en consultation ou en visite et *b*.) : *le déplacement du médecin* (0.2) de chez lui au domicile du malade. Mais on lit, en tête du même chapitre : « *Note. — Les frais de déplacement du médecin seront en outre remboursés par application d'un tarif spécial fixé par arrêté ministériel* ».

Certes, la notation de la Nomenclature, au sujet de la visite, serait acceptable s'il s'agissait toujours des villes, hors desquelles le praticien sort rarement. Le « 0.2 » appliqué au prix (C.1) de l'acte médical le plus simple s'expliquerait comme un prix forfaitaire destiné à *indemniser* le médecin de son déplacement. Mais il convient de faire observer que, dans les petites villes, dans les bourgs et surtout dans les campagnes, une partie appréciable du temps du praticien se passe à parcourir les routes et que de ce temps passé, le praticien doit être indemnisé. Il ne s'agit donc pas uniquement de « frais à rembourser », mais aussi d'indemnité pour temps passé. C'est ce qui est appelé dans le Tarif des accidents du travail (précisément sur ma demande ce qui me donne bien le droit d'insister sur ce point) non pas « frais remboursés » mais : « *Indemnité horo-kilométrique* ». (Voir art. 2, bien distinct de l'art. 1er qui ne traite que de l'acte médical technique).

Sans doute cela est (ou plutôt serait en des temps plus normaux) de peu d'importance pour le médecin de ville. Mais demandez au médecin de bourg ou de campagne si les *heures* passées sur les routes — et par tous les temps — ne comptent pas quelque peu dans ses occupations journalières. Quant au taux même de cette « indemnité horo-kilométrique », ce n'est pas à moi qu'il appartient de donner des indications. Qu'il me soit permis de dire néanmoins que le prix actuel de 1 fr. 25 du kilomètre parcouru doit être très notablement augmenté — je dirais même « multiplié ... ».

— **2°** On lit en première ligne du Chapitre II (Actes de pratique médicale courante ; P. M.) : « *Les actes précédés d'un astérisque* (*) *ne sont pas remboursés lorsqu'ils sont effectués au cours d'une visite ou consultation.* »

Quels sont ces actes ? On en compte environ 27 dans ce chapitre, entre autres : injection sous-cutanée (C.0,6) ; poses de ventouses sèches ou scarifiées (C.0,4) ; pointes de feu (C. 0,6), etc..., tous actes *compris* dans la visite ou consultation, dans le Tarif A. T. actuel. On lit aussi — dans les Actes astérisqués : Pansement moyen (C.1) ; grand (C.2) ; suture simple de 1 à 3 points (C.1) ; plus de 3 points (C.2), etc... Fort bien. Mais si de tels Actes « ne sont PAS remboursés lorsqu'ils sont effectués au cours d'une visite ou consultation » (même C 1,5 ou C.2) au cours de quoi peuvent-ils bien être « effectués » et par suite remboursés ? Et quand donc ces cotations (de C. 0,6 à C.2) peuvent-elles être utilisées ? Faudrait-il qu'elles soient effectuées au cours d'une promenade en auto ou d'une séance de cinéma ? Des précisions, des explications ne me paraîtraient pas inutiles ...

Combien était plus intelligible — et applicable par le praticien — « l'Observation 1° » qui se trouve au début de la « *Nomenclature nationale* » de pratique médicale courante rédigée par les soins de la Confédération et qui a encore cours à l'heure actuelle. La voici : « 1° *Lorsqu'au cours d'une consultation ou d'une visite, le praticien accomplit un acte de pratique médicale courante figurant à la Nomenclature, seul cet acte doit être noté sur la feuille de maladie à l'exclusion de la consultation ou visite* ». Le nouveau texte qui voudrait signifier exactement la même chose ne me paraît pas plus heureux, comme intelligibilité. Oh ! ce *prurigo mutandi* qui a son épanouissement dans le fait d'avoir changé en « H » la lettre « K », à laquelle les praticiens étaient habitués depuis 12 ans !...

— **3°** Dans cette nouvelle Nomenclature, à la suite de la Note rapportée ci-dessus concernant les Actes avec astérisque, il est dit ensuite : « *Les actes non précédés d'une astérisque sont remboursés en plus de la consultation ou visite lorsque celle-ci a eu lieu effectivement.* » Par qui ? et comment ? pourra être jugé si une visite ou consultation « a eu lieu effectivement ». En tous cas, du texte ci-dessus, il résulte que, dans les Actes sans astérisques, on *ajoute C à la notation indiquée* et on *ne l'ajoute pas* dans les Actes astérisqués... On voit comme tout cela est simple, clair et facile à indiquer dans la colonne *ad hoc* de la feuille de maladie par la praticien au cours d'une consultation et surtout d'une visite. »

— **4°** Il ne faudrait pas oublier qu'en matière d'accidents du travail, il ne s'agit plus d'une « *Nomenclature* » mais d'un « *Tarif* » à fixer en chiffres, d'après ladite Nomenclature. Je viens d'essayer quelques actes et, pour certains, j'ai dû constater qu'il n'en résulterait pas un avantage — pour le simple praticien s'entend — avec le texte actuel du Tarif des accidents du travail. Je vais donner quelques exemples de ce que j'avance :

A. — Dans le Tarif A. T. la consultation avec un confrère est payée *trois fois* le prix de la visite ou consultation. Dans la nouvelle Nomenclature, ce n'est plus que C. 1,6, donc un peu plus d'*une fois* 1 /2. Etablissons cela en chiffres, en mettant par exemple, la consultation à 30 francs, cela nous donnerait : a) *Tarif A. T.* = 30 × 3 = 90 FRANCS ; b) *Nouvelle Nomenclature* : 30 × 1,6 = 48 FRANCS.

B. — *Visite de nuit* : a) *Tarif A. T.* : 3 VISITES de jour, donc 90 FRANCS ; b) *nouvelle Nomenclature* : C.2, donc 2 CONSULTATIONS de jour, soit 60 FRANCS. Pauvre médecin praticien, tu n'es pas « gâté » par les représentants du Corps médical puisque, si leurs propositions de prendre la nouvelle Nomenclature en matière d'accident du travail est acceptée par les représentants des assureurs, non seulement tes honoraires ne seront pas presque doublés comme pour les chirurgiens et spécialistes, mais ils seront, parfois, *moindres* en comparaison de ceux d'aujourd'hui...

— 5° Il y a mieux encore. On constate sur un point « un recul » même sur la Nomenclature de la Confédération parue au *Journal officiel* du 19 mars 1940. Le « petit pansement » (en série) y était marqué au coefficient C.0,75. Dans la Nomenclature nouvelle, il n'est plus marqué (en série ou non) que C. 0,6. Si nous reprenions l'exemple chiffré ci-dessus à 30 fr. la consultation, cela donnerait pour le « petit pansement » la proportion suivante : en 1940 : 22 fr. 50, en 1942 : 18 francs. Est-ce vraiment le moment de *diminuer* les pourcentages consentis il y a 2 ans 1 /2, alors que le coût de la vie n'a fait depuis qu'augmenter ? Et cela dans l'acte médical qui, en matière d'A. T., constitue pour le simple praticien environ 80 % des actes qu'il doit accomplir journellement, alors que les grands pansements sont faits le plus souvent à l'hôpital. Lui restent, dira-t-on, les « pansements multiples » notés C.2. Parfait. Mais ces C.2 sont astérisqués et alors ne sont pas payables au cas où ils ont été effectués au cours d'une visite ou consultation. Quelles sources de chicane entre le Tiers-payant et le pauvre praticien, même dans ce dernier cas qui, au premier abord, lui paraissait favorable.

— 6° Il y a aussi à envisager, en matière d'accidents du travail, la défense contre les abus possibles provenant soit du blessé, soit du médecin. Dans les Assurances sociales, il y a une défense naturelle dans le *Ticket modérateur*, mais en cas de Tiers payant complet, comme en A.T., rien de semblable. La Nomenclature a spécifié — avec raison — certaines obligations : *Bulletin d'information* (B) ; *Demande d'entente préalable* (E) (voir page 10 des « Dispositions générales ») mais tout cela existe déjà depuis longtemps dans le Tarif A. T. et très nettement spécifié pour chaque cas. C'est que la Commission du Tarif, debuis de longues années a modelé peu à peu, suivant les données de l'expérience, certaines défenses dans toute une série de barrières ainsi dressées, en particulier aux articles 2, 7, 9, 11 ainsi que dans des notes aux art. 16 et 17, et enfin dans la longue série des « Observations » des art. 27, 29, etc... Va-t-on, d'un trait de plume, abandonner toutes ces dispositions prises peu à peu, par accord entre les représentants des Tiers payants et ceux du Corps médical, depuis plus de trente années ?...

***

Je ne continuerai pas plus longtemps ces observations déjà trop longues. Je n'ai donné là, que quelques exemples. On en pourrait ajouter d'autres.

Entendons-nous bien toutefois. Je ne voudrais pas qu'on voie là, de ma part, une série de critiques systématiques destinées à lutter contre l'admission d'une *Nomenclature générale s'étendant à l'ensemble de la médecine sociale* : Assurance-maladie ; Pensionnés de guerre ; A. M. G. ; Accidents du travail, etc.... Je suis d'avis, au contraire, que ce serait là un progrès réel. Nous devons tous y tendre — sinon dans les temps troubles et incertains que nous vivons en ce moment, du moins en préparant le terrain pour le jour tant attendu où, la paix revenue, la situation finirait par se stabiliser.

Mais encore faudrait-il que cette Nomenclature, étendue à toute la médecine sociale, soit établie non seulement par des chirurgiens et des spécialistes, si éminents et si désireux de bien faire soient-ils, mais encore avec la collaboration de praticiens de ville et de campagne. Ceux-ci, connaissant, *par eux-mêmes*, la pratique médicale journalière seraient à même d'exposer les desiderata et les besoins des modestes praticiens qui ont bien le droit d'être placés *sur un même plan* que les autres, sans faire figure de « parents pauvres ». Et cela dans un grand désir de justice, d'équité et d'accord harmonieux dans le Corps médical tout entier....

Dr Fernand DECOURT.

LES IMPÔTS DU MÉDECIN

Le Conseil supérieur de l'Ordre et le ministre des Finances sont d'accord pour instituer en matière de frais professionnels à déduire du revenu brut lors de la déclaration, un régime forfaitaire dont on nous donne la modalité.

Nous nous réjouissons de voir exonérer les confrères qui n'ont qu'une clientèle d'un faible rapport, moins de 60.000 francs, et l'expérience de neuf années de préconcilisation m'a appris que ceux-là étaient souvent inquiétés par leur contrôleur tout étonné qu'un médecin gagne si peu.

En revanche, je crains de voir exagérément taxés nombreux médecins ruraux, particulièrement ceux qui exercent dans des régions pauvres et à population de faible densité. Leur revenu brut atteint des chiffres élevés à cause de l'importance des indemnités kilométriques qu'ils doivent demander pour couvrir leurs frais ; dans le prix d'une visite, la part revenant à cette indemnité est souvent supérieure à celle qui revient à l'acte médical.

En admettant pour le médecin de campagne la même proportion forfaitaire de frais professionnels que pour les médecins de ville, on frappe les premiers beaucoup plus durement que leurs confrères urbains.

Pour essayer de résoudre sans trop d'injustice cette difficile question, il faut bien voir ce que sont les dépenses professionnelles.

Un premier groupe peu important comprend des frais fixes à peu près égaux pour tous : cotisations professionnelles, assurance-responsabilité, livres et journaux ; ils sont faciles à déterminer.

Un second groupe comprend des frais différents, mais à peu près immuables pour chaque médecin : part du loyer et de ses accessoires, service, assurances ; les frais sont indépendants du rendement de la clientèle ; un régime forfaitaire indépendant du revenu brut, mais dépendant de la valeur réelle du loyer devrait leur être appliqué.

Un troisième groupe intéressant surtout les chirurgiens et spécialistes est relatif aux gros frais de premier établissement, de renouvellement et d'entretien d'installations coûteuses. Ces frais qu'il est possible d'établir, factures en main, échappent à toute fixation forfaitaire.

Le quatrième et dernier groupe est celui des frais

de déplacement ; il intéresse presque tous les médecins, mais particulièrement les médecins de campagne. Il est essentiellement variable suivant les clientèles et suivant les années. Deux médecins habitant la même localité, mais exerçant, l'un plutôt en ville, l'autre dans les villages voisins, peuvent avoir, pour un revenu brut semblable, des frais de cette nature qui seront pour l'un le triple de ce qu'ils seront pour l'autre. Ces frais qui constituent la majeure partie des dépenses professionnelles de la masse des praticiens échappent en toute équité à toute détermination forfaitaire ; il n'y a que des cas d'espèce. L'application à cette catégorie de frais d'un régime forfaitaire entraînera d'énormes injustices.

Elle aura des incidences plus néfastes encore. Les médecins ruraux, particulièrement ceux des régions à population clairsemée, donc pauvre, seront obligés, pour couvrir la dépense supplémentaire due à cette aggravation de leurs impôts, de majorer le taux de leurs indemnités kilométriques. Quant aux jeunes que l'on convie par de beaux discours à fuir la pléthore des villes et à s'installer dans les régions rurales mal desservies, ne seront-ils pas d'abord rebutés par cette injustice fiscale ? Résultera-t-il de tout cela un grand bien pour la santé publique ?

En conclusion, s'il faut reconnaître qu'il est difficile d'établir pour les médecins un système fiscal équitable, ce n'est certes pas la solution facile et paresseuse du forfait en matière de frais professionnels, solution chère aux agents du fisc qui ignorent tout de notre vie professionnelle, qui sera la meilleure ; nous la jugeons particulièrement injuste. Il faut s'orienter vers une institution tenant compte des cas d'espèce ; c'est ce que faisait ou ce qu'auraient dû faire la préconciliation fiscale et la commission de taxation ; c'est ce qu'elles peuvent faire si on le veut bien.

Dr Humbel.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Enseignement

Loi et décret du 3 août 1942

organisant la médecine préventive dans l'Enseignement supérieur.

Décret du 3 août 1942

réglementant, en ce qui concerne l'Université de Paris, l'organisation de la médecine préventive.

(*J. O.*, 1er octobre 1942).

Fonctionnaires

Loi du 25 septembre 1942

accordant aux fonctionnaires une majoration de traitement de 5 % pour deux enfants, 15 % pour trois enfants, 25 % pour quatre enfants et augmentation de 10 % par enfant à charge en sus du quatrième.

(*J. O.*, 23 septembre 1942).

Hôpitaux

Décret du 10 *août* 1942 précisant les conditions d'obtention et de délivrance du diplôme d'Etat d'infirmière ou infirmier hospitalier.

(*J. O.*, 30 septembre 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

La relève en Belgique. — Allocations familiales. — De la Seine a la Loire-Inférieure. — Vicissitudes de la médecine préventive a l'Université de Paris. — Quelques renseignements pratiques.

L'avant-dernier numéro de l'hebdomadaire belge *Cassandre* est, pour les médecins français, d'une lecture consolante (numéro du 4 octobre 1942).

Il expose qu'un accord est intervenu avec les autorités allemandes pour la relève de vingt-deux médecins militaires d'active et de réserve encore détenus dans les camps de prisonniers.

Cette relève doit se faire par mutations périodiques : tous les neuf mois les vingt-deux médecins de prisonniers seront relevés par des confrères venus de Belgique.

Comme il y a actuellement trois cent treize médecins militaires de l'active qui depuis juin 1940 perçoivent une solde afférente à leur grade mais n'afférant à aucune occupation définie, un appel fut adressé à leur esprit de confraternité pour s'employer à libérer les vingt-deux malchanceux (dont plusieurs réservistes) exilés depuis vingt-huit mois.

Et l'on s'attendait à une telle presse de volontaires que l'on promit de tenir compte, dans le tour de départ, de l'ordre des inscriptions.

Il se présenta trois candidats !

La Croix-Rouge réagit à cet échec d'un appel aux bons sentiments : elle désigna un certain nombre de médecins célibataires ou mariés sans enfants et procéda parmi ces noms à un tirage au sort. Dix-neuf noms sortirent de l'urne (compte tenu des trois volontaires) et le départ fut décidé pour le 24 septembre.

Au dernier moment dix médecins sur dix-neuf se déclarèrent malades et produisirent des certificats à l'appui de leurs dires. Ces dix malades ayant été convoqués devant une Commission médicale, six, à un examen consciencieux, se révélèrent parfaitement sains de corps et simplement un peu veules d'esprit. Quant aux quatre autres, ils se virent adjuger des suppléants.

Et c'est en quoi la lecture de cet écho de Belgique est consolante : pas plus par là que par ici les médecins militaires ne manifestent un impérieux sentiment du devoir ni une débordante solidarité.

Aux dernières nouvelles (*Cassandre,* 11 octobre) le départ n'a pas eu lieu ; les prisonniers attendront encore un peu !

***

Nous croyons savoir qu'à dater du 1er janvier prochain, un certain nombre d'améliorations seraient apportées au régime actuel des allocations familiales pour l'allègement des cotisations de certaines catégories de médecins.

Nous pensons d'ailleurs être en mesure d'ici peu de temps de donner des précisions plus grandes.

***

La démission du Conseil de la Seine en résonance avec celle de la Loire-Inférieure, a fait du bruit sur la place publique. Mais une confusion a tendu à s'établir sur leurs causes respective. Aussi nous a-t-il paru opportun de tirer aujourd'hui de chacune la philosophie qui y est incluse.

Les communiqués que nous publions dans ce même numéro exposent les causes de l'incident qui s'est produit dans la Seine et les péripéties à la suite desquelles le Conseil acceptait jusqu'à son remplacement, la gestion des affaires courantes.

Mais remontons jusqu'à la cause première : celle de la révocation. On sait qu'elle intervint à la suite de circulaires et de communiqués qui avaient eu le tort de rendre public un désaccord entre le Ministère et l'un des rouages de l'Ordre. Est-ce là la sanction d'un délit d'opinion ? Certains l'ont pensé.

Il s'agirait plutôt à notre sens d'une conception, assez roide certes, donc peu médicale, de la discipline qu'exige le fonctionnement d'un Ordre, établissement public.

Un Conseil ou ses membres ne doivent point faire connaître, ès-qualité, leurs opinions hétérodoxes sur une question de leur compétence en dehors de la voie hiérarchique. Ces opinions peuvent, par contre, être exprimées librement si elles n'engagent que la personnalité privée de leurs auteurs, ainsi qu'ont pu le montrer notamment les controverses qui se sont élevées dans nos colonnes à propos de la réforme de l'Ordre.

Nous sommes heureux par ailleurs qu'un hommage soit publiquement rendu à la personnalité indiscutée du « révoqué » et nous souhaitons pour notre part que le prochain Conseil du Collège de la Seine ne soit point privé de sa rare compétence.



Le Conseil de la Loire-Inférieure a jugé sa démission indispensable, son autorité locale ayant été diminuée par l'attitude à son encontre du Conseil supérieur. Entre autres griefs et sans doute l'un des plus déterminants, figure l'infirmation en appel d'un refus d'inscription au Tableau concernant un praticien ayant fait autrefois l'objet d'une ordonnance de non-lieu en matière d'avortement.

N'ayant point eu connaissance des pièces du dossier, nous jugerions prétentieux et malséant de vouloir départager les deux juridictions sur ce cas particulier. Nous estimons d'ailleurs qu'il n'est point conforme à la dignité de la justice, professionnelle ou autre, d'être discuté ainsi sur la place publique dans une atmosphère de passion.

Mais faisons des hypothèses. Si, comme nous croyons le savoir, l'ordonnance de non-lieu était fondée avant tout sur une *absence de preuve* quant aux faits reprochés, alors le refus d'inscription n'était point légitime.

Si au contraire le *motif déterminant* du non-lieu avait été la *prescription*, alors le Conseil supérieur aurait eu tort en infirmant la décision de la Loire-Inférieure.

Il est incontestable en effet que le droit disciplinaire, la morale professionnelle débordent largement le droit pénal et la morale courante. « Parce qu'un fait présent a cessé d'être un délit, il n'en a pas moins existé, et s'il était immoral ou déshonorant, il n'a pas perdu ce caractère ». « Le Conseil garde sa liberté d'appréciation sur un fait qui intéresse la dignité personnelle ». (F. PAYEN. Règles de la profession d'avocat).

Notons enfin que de tels conflits ont pour source l'institution elle-même, c'est-à-dire la confusion des pouvoirs. Ils n'auront plus lieu de se reproduire lorsque l'organe corporatif (le Conseil du Collège) pourra exercer en cette matière toutes voies de recours contre les décisions du Conseil régional ou du Conseil national, ainsi que le prévoit formellement l'art. 38 de la loi du 10 septembre dernier.

***

Nous annonçons dans notre rubrique « A travers l'Officiel » la parution récente d'une loi datée du 3 août 1942 relative à l'organisation de la médecine préventive universitaire dans l'Enseignement supérieur, et de deux décrets, datés aussi du 3 août, sous le timbre du Secrétariat d'Etat à la Santé, l'un pris en application de la loi précitée, et contenant les modalités d'applications générales de ce texte, l'autre relatif à l'organisation de la médecine préventive universitaire pour les établissements d'enseignement supérieur de l'Université de Paris.

Ce second décret nous a remis en mémoire, certain autre, du 16 juillet 1942, publié sous le timbre du Ministère de l'Education nationale et analysé dans notre numéro du 20 août dernier.

La confrontation des deux textes nous a permis de voir que sous réserve de question de détail, ils étaient à peu près identiques. Une seule modification importante concerne le Corps médical : le comité du service de médecine préventive, chargé entre autres fonctions de donner son avis sur les nominations des médecins inspecteurs, comprend maintenant un membre du Conseil supérieur de l'Ordre désigné par ce Conseil.

Nous avions demandé cette présence, nous avons donc gain de cause.

Qu'il nous soit cependant permis de manifester notre étonnement :

1° Comment se fait-il que deux textes presque identiques aient été publiés à deux mois et demi d'intervalle sous le timbre de deux ministères différents et sans allusion aucune de l'un à l'autre, ne serait-ce que l'abrogation du premier par le second ?

2° Pourquoi le décret du 3 août 1942 ne contient-il aucune référence à la loi du 3 août dont il est cependant une application manifeste ?

Faut-il voir dans la parution du premier décret le résultat d'une erreur matérielle ? Faut-il interpréter le second décret comme une manifestation de l'autorité nouvelle conférée au secrétaire d'Etat à la Santé en matière de sauvegarde de la santé publique par la loi du 27 juillet dernier ?

Quoi qu'il en soit, cet incident manifeste un défaut de liaison interministérielle, constaté d'ailleurs déjà dans bien des domaines et auquel il serait opportun de porter remède.

* * *

— L'arrêté du 21 septembre 1942 du ministre de la Production industrielle a décidé que tout abonné qui remettra à son distributeur d'électricité les bons de charbon supplémentaire délivrés au profit des nouveau-nés, jeunes enfants, accouchées, mutilés, opérés, blessés ou malades habitant à son domicile, obtiendra un relèvement de consommation égal à 1,5 kw. par kilogramme de charbon remis.

Il en va de même pour les bons supplémentaires délivrés aux professions libérales.

— Contrairement à ce qui a été annoncé, la fabrication des bicyclettes n'est pas arrêtée.

Le Comité d'organisation du cycle continue d'ailleurs à mettre mensuellement à la disposition de l'Ordre des médecins un certain contingent de bicyclettes.

— Par contre, la construction de véhicules électriques est désormais interdite.



CORRESPONDANCE

4324. — Appareillage et réfection d'un plâtre n'ayant pas tenu ».

Je vois récemment un client qui vient de tomber. Je diagnostique une fracture de l'avant-bras. Je fais un appareil de contention provisoire et envoie le malade à un chirurgien qui fait une radio (fracture isolée du cubitus au tiers inférieur) et un plâtre.

Je revois le blessé le soir même : son plâtre n'est pas pris. Je le lui enlève et lui en fais un second, solide cette fois. Comment tarifer ?

1° Ma première visite avec appareil provisoire, 100 francs me semblent beaucoup, puisque le plâtre n'est compté que 65 francs ;

2° La réfection du plâtre, la réduction étant faite par le chirurgien.

Je vois : réfection d'un plâtre ordinaire 100 francs, ceci me semble beaucoup.

Dr F.

Réponse

1° *Texte en main* (*art.* 18), « *l'appareillage provisoire d'un membre effectué d'urgence et sur le lieu du sinistre en vue d'une réduction ultérieure par un autre médecin* » *est payé* 100 *francs.*

Mais il s'agit là d'une fracture isolée du cubitus. Un véritable « appareillage provisoire » était-il nécessaire pour le transport de cet avant-bras. Il m'apparaît plutôt que provisoirement, une simple écharpe suffisait car « l'impotence » ne devait pas être bien grande. En cas de différend et d'arbitrage, il vous serait certainement demandé en quoi avait bien pu consister cet « appareillage provisoire ».

2° *Il n'y a eu — en un même jour — que « réduction et contention d'une fracture par appareil plâtré » ce qui pour un seul os de l'avant-bras est payé 65 francs. Et cette « réduction et contention fut effectuée par vous seul puisque que le plâtre posé par le chirurgien n'ayant pas tenu, on ne peut penser que la réduction ait tenu davantage dans les déplacements du malade.*

C'est donc à vous seul qu'il appartient de compter la réduction de contention.

Quant au chirurgien, il aura évidemment à compter la radio effectuée par lui, mais sans oublier d'en envoyer un exemplaire au tiers payant avec « commentaire détaillé ». (*Art.* 27. *Observ.* 6°).

Dr Fernand Decourt.

3.526. — Accidents du travail. Prothèse. Nécessité de passer par un centre d'appareillage

Je viens de recevoir ces jours-ci une lettre d'une importante assurance de Paris au sujet d'un blessé grave qui a besoin d'être appareillé avant de pouvoir être consolidé. Voilà le passage de cette lettre pour lequel je serais heureux d'avoir de vous des explications.

« Comme nous vous l'avons écrit déjà, le blessé « ne peut et ne doit légalement rien faire en matière « de prothèse définitive sans passer par le centre « d'appareillage dans la circonscription territoriale « duquel se trouve son domicile ; en l'espèce, par « le centre parisien situé 139 rue de Bercy ».

1° Je m'excuse de ne pas savoir d'abord qu'est-ce qu'un centre d'appareillage ?

2° Je ne vois pas pourquoi un blessé (il s'agit ici d'un blessé du travail, loi du 1-7-1938) grave de la

colonne vertébrale qui a une cyphose vers la 7e, 8e et 9e vertèbres dorsales, doit passer pour autorisation dans un centre d'appareillage puisque son état exige un corset orthopédique au plus tôt pour pouvoir être consolidé, d'après l'avis d'un chirurgien et du médecin traitant. A mon avis il ne s'agit là que du traitement comparable à celui d'un appareil plâtré pour une fracture de bras ou de jambe pour lequel il n'y a besoin d'aucune discussion entre la Compagnie d'assurance et les médecins qui traitent le blessé ?

La Compagnie d'assurances me charge d'autre part de recommander au blessé de confirmer d'urgence son accord (de quoi ?) au greffier du tribunal pour que celui-ci envoie l'ordonnance prescrivant son appareillage et qu'il dise dans quelle catégorie (?) il désire être classé (? ?) J'avais, moi, toujours cru qu'un blessé, tant qu'il n'était pas consolidable, pouvait être muni de n'importe quel appareil ou subir n'importe quelle opération décidée par son mécin ou son chirurgien traitant, à charge seulement pour ceux-ci de prévenir l'assurance de l'urgence de celui-ci ou de celle-ci.

Réponse

La Compagnie d'assurances dont vous nous exposez les exigences, nous semble parfaitement fondée à les manifester.

En voici les raisons :

L'article 3 de la loi de 1898 modifié par la loi du 1er juillet 1938 dispose que « la victime a le droit de réclamer à son employeur soit la fourniture et le renouvellement des appareils de prothèse nécessaires à son infirmité, soit une indemnité représentative de leur acquisition et de leur renouvellement. La nature, la valeur ainsi que les époques de renouvellement des appareils seront fixées par un règlement d'administration publique... »

Le règlement d'administration publique prévu par cet article a été promulgué en date du 7 septembre 1938. Il dispose que « l'appareillage comporte les appareils de prothèse et d'orthopédie proprement dits, leurs systèmes d'attache et tous autres accessoires. Les appareils doivent appartenir aux types agréés par arrêté du Ministre du travail. Le mutilé a le droit de choisir son appareil parmi les types agréés convenant à son infirmité. » (Art. 2)

« La fourniture et s'il y a lieu la réparation et le renouvellement des appareils et de leurs accessoires sont effectués au choix du mutilé ou à son défaut, au choix de l'employeur ou de l'assureur substitué, soit par l'un des centres d'appareillage institués ou reconnus par le ministre du Travail, soit par les fournisseurs agréés par celui-ci ».

« Toute victime d'un accident du travail ayant droit à la fourniture d'appareil, relève de l'un des centres d'appareillage ci-dessus prévus. » (Art. 4).

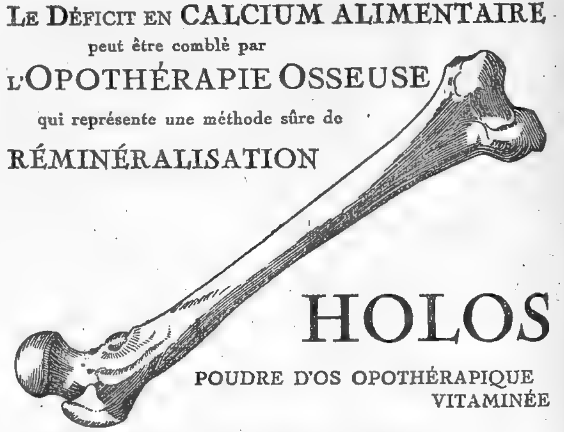
« Le centre d'appareillage guide l'intéressé dans le choix de l'appareil autorisé, les réparations et le renouvellement, etc... » (Art. 5).

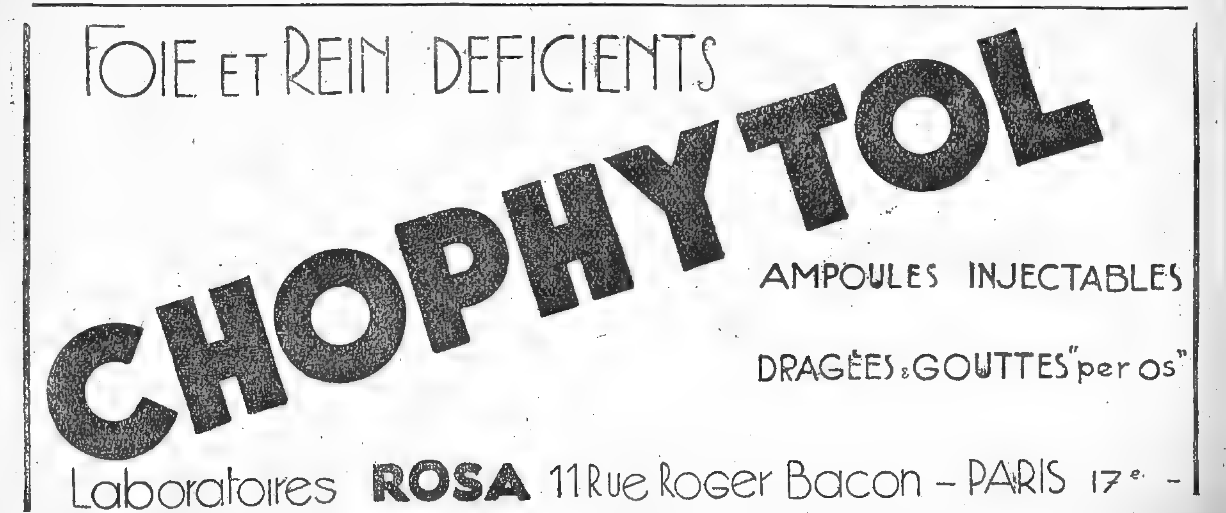
Un décret ultérieur déterminera les modalités d'application du présent règlement (Art. 10).

Le décret ultérieur prévu par cet article 10 a été promulgué en date du 3 juin 1939.

ART. 2. — *« L'appareillage des mutilés du travail est effectué soit par les centres et sous-centres d'appareillage qui, reconnus par le Ministre du Travail, figurent sur la liste annexée au présent décret, soit par les fournisseurs agréés par arrêté du Ministre du travail..... »*

ART. 3. — *« Tout mutilé du travail devant être appareillé est obligatoirement rattaché et inscrit au*





centre le plus proche de son domicile. A cet effet, dès que la décision judiciaire prescrivant l'appareillage est devenue définitive, il appartient au mutilé d'adresser une demande d'inscription au centre susvisé, en y joignant une copie certifiée conforme de la décision judiciaire ».

A ce décret est annexée la liste des centres et sous-centres d'appareillage reconnus par le Ministre du Travail au nombre desquels figure le centre parisien du 139, rue de Bercy.

Une instruction du 3 juin 1939 a également été publiée pour l'application de ce décret.

Elle dispose que selon le choix exercé conformément aux dispositions légales et réglementaires, le mutilé peut appartenir à l'une des quatre catégories suivantes :

Catégorie A. — *Mutilé ayant opté pour la fourniture, la réparation ou le renouvellement de son appareil par l'un des centres ou sous-centres d'appareils reconnus par le Ministre du Travail et figurant sur la liste annexée à la présente instructiou.*

Catégorie B. — *Mutilé ayant opté pour la fourniture, la réparation ou le renouvellement de son appareil par un fournisseur de son choix agréé par le Ministre du Travail.*

Catégorie C. — *Mutilé ayant opté pour une indemnité représentative des fournitures, réparations et renouvellement de son appareil et se faisant appareiller par l'un des centres et sous-centres reconnus.*

Catégorie D. — *Mutilé ayant opté pour une indemnité représentative des fournitures, réparations et renouvellement de son appareil et se faisant appareiller par un fournisseur agréé de son choix.*

De ces textes, il résulte que votre client est dans l'obligation et a le plus grand intérêt à adresser, comme la compagnie le lui demande, une demande au centre d'appareillage du 139, rue de Bercy et qu'il indique dans laquelle des quatre catégories, il entend être classé.

2.491. — Consommation d'huile et vidange

Ma voiture (202, 1939, 20.000 kil., bon état, pas poussée) a consommé, cet hiver, environ deux litres d'huile, aux 1.500 kil.

Mon garagiste consulté, ne trouv e rien :

1º Voyez-vous une raison possible à cette consommation d'huile, exagérée à mon avis ?

2º Et nt données les petites quantités d'huile fraîche que je suis obligé d'ajouter de temps à autre, tous les combien de kilomètres me conseillez-vous de vidanger, compte tenu de la modicité de notre dotation en huile ?

Dr J.-H. P.

Réponse

Une consommation de deux litres d'huile pour 1.500 kilomètres ne me paraît nullement exagérée. Elle a certainement été voulue par le constructeur afin d'assurer un graissage convenable des pistons et des cylindres.

Je crois qu'on a fort exagéré la nécessité de vidanger fréquemment l'huile du carter. Puisque vous êtes amené à remettre de l'huile de temps en temps, vous pouvez rouler sans inconvénient au moins 4.000 kilomètres sans vidanger : regardez de temps en temps l'huile du carter et ne vidangez que quand elle est nettement noire et plus fluide que la normale.

Henri Petit.

Gérant : J. Mignon — Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE N°s 43 et 44 DIMANCHE 1er NOVEMBRE 1942

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 Dr J. NOIR, Directeur C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66



SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** — M. MARCHAL, agrégé, est à nouveau chargé provisoirement du service de la chaire de pathologie médicale.

M. LACOMME, agrégé, est à nouveau chargé provisoirement du service de la chaire de clinique obstétricale.

— *Clinique gynécologique* (Hôpital Broca). — Un *cours supérieur de gynécologie* sera fait du 3 au 28 novembre 1942 dans le service du Professeur Mocquot. Droit : 400 francs.

— *Conférences de technique d'exploration clinique et de séméiologie élémentaire.* — Ces conférences auront lieu tous les jours à 17 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, du 4 novembre au 5 décembre 1942.

— *Cours de perfectionnement de biochimie médicale.* — Ce cours commencera le 3 novembre 1942 au laboratoire de chimie médicale. Droits : 400 francs.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	120 francs
Étudiants	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Ecole de médecine de Reims.** — Sont chargés à nouveau du service des chaires ci-après : M. HUGUENY, anatomie pathologique (M. Téchoueyres, retraité) ; M. ADAM, clinique obstétricale (M. Buisson, retraité) ; M. BILLARD, professeur titulaire de clinique chirurgicale ; M. STEPHANI, clinique chirurgicale et suppléant de pathologie externe.

— **Faculté de médecine de Bordeaux.** — M. ANDÉRODIAS, professeur de clinique obstétricale, admis à la retraite, est nommé professeur honoraire à la dite Faculté.

— **Institut Alfred Fournier.** *Consultation de maladies nerveuses.* — M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE fera tous les samedis, à 9 h. 30, à partir du samedi 7 novembre 1942, au dispensaire de l'Institut Alfred Fournier, 2, rue Dareau, Paris (XIVe) (métro. Glacière), une consultation gratuite de maladies nerveuses.

— **Ecole d'anthropologie** (Muséum d'Histoire naturelle, 57, rue Cuvier). — L'ouverture des cours de l'Ecole d'anthropologie aura lieu le 9 novembre 1942.

— **Union départementale des Caisses d'assurances sociales de la Vendée.** *Poste de médecin-conseil.* — Un poste de médecin-conseil de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Vendée est actuellement vacant. Résidence obligatoire à La Roche-sur-Yon. Traitement : 50.000 fr., avec augmentation par échelon de 3.000 fr. tous les trois ans, jusqu'à 65.000 fr. Indemnité de résidence et frais de déplacement.

Pour renseignements, écrire d'urgence au Secrétaire de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Vendée, Maison de la Mutualité, 14, rue Fénelon, La Roche-sur-Yon, les dossiers devant être constitués pour le 1er décembre 1942.

— **Hôpitaux de Paris.** *Prix Civiale.* — Un concours est ouvert en 1942, entre les internes en médecine et externes en premier, pour l'attribution du prix Civiale. Les travaux présentés pour ce prix devront être déposés le 1er mars 1943 au plus tard.

— *Prix Fillioux.* — Le prix Fillioux comportera exceptionnellement en 1943 quatre prix, dont deux aux candidats internes et deux aux candidats externes. Il sera ouvert le 1er mars 1943. Les mémoires doivent être déposés avant le 12 janvier 1943.

— **Médaille des épidémies.** — La médaille d'or des épidémies a été décernée, à titre posthume, à M. le Docteur GUIMARD, de Tiercé (Maine-et-Loire).

— **Hommage au Professeur Lereboullet.** — Les amis, collègues et élèves du Professeur P. LEREBOULLET ont l'intention, à l'occasion de sa cinquantième année de vie hospitalière, de lui offrir une médaille dont l'exécution a été confiée au maître graveur de Jaeger, grand prix de Rome.

Tout souscripteur de 150 francs recevra un exemplaire de la médaille frappée. Il est également prévu des médailles en bronze (fonte cire perdue) numérotées au prix de 300 francs.

Prière d'adresser les souscriptions par chèque, chèque postal (Paris 599) ou mandat au Trésorier M. Georges Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Martine PERRÉE, fille du Docteur Pierre Perrée (Plerguer, Ille-et-Vilaine, 21 septembre 1942) ; de Nicole de FRÉMONT, fille du Docteur Henri de Frémont (51, rue de Visien, Courbevoie, Seine, 23 septembre 1942) ; de Francis FROMONT, troisième enfant du Docteur Henri Fromont (Ligny-le-Châtel, Yonne, 1er octobre 1942) ; de Violaine CHEMINÉE, cinquième enfant du Docteur André Cheminée (Rouillé, Vienne, 3 octobre 1942) ; de Gérard BONS, quatrième enfant du Docteur Bons (31, boulevard Carnot, Montluçon, 7 octobre 1942) ; de Ghislaine NICOLET, cinquième enfant du Docteur Nicolet (Saint-Brice-en-Coglès, Ille-et-Vilaine, 22 octobre 1942) ; de Marie-France DOUVION, fille du Docteur Douvion (Esvres-sur-Indre, Indre-et-Loire, 5 octobre 1942).

— **Mariage.** — Le Docteur Pierre Duvernoy et Madame font part du mariage de Mademoiselle Françoise DUVERNOY, leur fille, avec Monsieur Jacques PY, Ingénieur E. P. B., Croix de guerre 1939-1940. La bénédiction nuptiale leur a été donnée par Monseigneur Curien, évêque de Loryma, en l'Eglise paroissiale de Charmes (Vosges), le 22 octobre 1942.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort de Madame FOURNIAT, née Henriette Brouillaud, femme du Docteur Henri Fourniat, de Cormicy (Marne) ; de Madame Louis PAINETVIN, née Louise Boillot, femme du Docteur Painetvin, de Rennes ; du Docteur Jules HENSEVAL, décédé le 2 octobre 1942 dans sa 74e année. Il était le père du Docteur Maurice Henseval, d'Angers.

— Nous apprenons la mort de Madame le Docteur Suzanne DEJUST-DEFIOL. Auteur de travaux d'endocrinologie, Madame Dejust-Defiol publia aussi plusieurs ouvrages littéraires.

— Il a été célébré à l'Eglise Saint-Germain-des Près un service anniversaire en souvenir du Docteur L. C. BAILLEUL, ancien interne des hôpitaux; chirurgien à Paris. Le Docteur CHAUVOIS à cette occasion a écrit un émouvant éloge du défunt, son ami.

Le jubilé d'Auguste Lumière

La ville de Lyon célèbre le quatre-vingtième anniversaire de la naissance de M. Auguste Lumière, grand officier de la Légion d'honneur, membre correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine et frère de M. Louis Lumière, comme lui un savant éminent. Le *Concours Médical* est heureux de s'associer à cette manifestation.

Nos lecteurs connaissent bien les travaux de M. Auguste Lumière dont nous avons publié plusieurs articles. Nous avons maintes fois exposé et défendu ses idées jugées officiellement subversives dans nos colonnes. Ils savent que le savant lyonnais a donné à la contagion dans l'étiologie de la tuberculose la place minime qui, réellement, lui revenait ; ils connaissent ses théories sur la floculation, sur lesquelles se base la doctrine néo-humoriste.

Auguste Lumière, comme Pasteur, n'est pas médecin ; n'empêche qu'avec quinze docteurs en médecine lyonnais, depuis de longues années, il travaille à des recherches qui font avancer les sciences médicales.

J. N.

Groupement corporatif sanitaire français

Ordre du jour
voté à la réunion de clôture du 4 octobre 1942

1° Réorganisation de l'armement sanitaire français : donnant à la médecine rurale les possibilités techniques dont elle est depuis trop longtemps privée ; créant dans nos arrondissements ou nos cantons des centres complémentaires de diagnostic, en liaison étroite avec les médecins traitants ; réformant à l'échelon régional les centres d'enseignement — Ecoles ou Facultés — pour faire d'eux les éléments essentiels de la vie provinciale française ; unifiant enfin sous le contrôle du Ministère de la Santé publique et en étroite collaboration avec le Conseil national de la Corporation sanitaire, tous les services de médecine sociale, d'hygiène, de prophylaxie.

2° La médecine d'entreprise doit fonctionner comme un service technique chargé des visites d'embauche, du dépistage et de la prophylaxie des maladies professionnelles, du classement et du reclassement des travailleurs selon leurs aptitudes physiques, ceci à l'exclusion de toute médecine de soins. La coordination la plus cordiale doit être réalisée entre médecin d'usine, médecin traitant et médecin de famille.

3° Constitution d'une vaste corporation sanitaire. Ses éléments de base se trouvent à la commune : chacun de ces éléments constitutifs (médecins, pharmaciens, dentistes, sages femmes, assistantes sociales, infirmières, auxiliaires médicaux divers) conserve dans le département son individualité propre. Ils sont rassemblés à la Région dans la corporation sanitaire où ils étudient en commun les besoins de la Santé publique.

4° Suppression de tout dualisme. La Corporation sanitaire, habilitée pour donner ses soins à l'individu et à la famille, doit l'être également pour les donner à la Société.

. . . .

Les congressistes prennent acte avec satisfaction des améliorations que M. le Ministre de la Santé publique leur fait espérer tant dans le domaine fiscal — suppression du carnet à souches, possibilité d'une imposition forfaitaire, allègement des patentes, rétablissement de la préconciliation — que dans celui des Allocations familiales par l'attribution à leur caisse des mêmes concours que l'Etat

accorde aux caisses d'allocations familiales des autres professions.

Ils souhaitent voir activer les démarches en cours pour la relève des confrères prisonniers.

Ils entendent voir appliquer intégralement les mesures légales prises à l'égard des médecins étrangers.

Ils attachent une importance particulière à la stricte application du *numerus clausus* à l'égard des médecins juifs et regrettent l'abus fait par l'actuel Conseil supérieur de l'Ordre des prétendus « titres exceptionnels ».

....

(*Communiqué.*)

Approvisionnement des propharmaciens

Tableau de la valeur des tickets de produits contingentés pour le quatrième trimestre 1942.

1. Bismuth (sels de), 60 gr. — 2. Caféine, 10 gr. — 3. Camphre synthétique, 100 gr. — 4. Codéine en nature ou prép. et tous alcaloïdes de l'opium, 2 gr. — 5. Coton cardé, 1 kgr. — 6. Coton chirurgical, 1 kgr. — 7. Coton supérieur, 1 kgr. — 10. Glycérine, 0 kgr. 250. — 12. Huiles médicinales, 1 l. — 13. Huile de ricin, 0 l. — 14. Huile de vaseline, 1 l. — 15. Iode, 5 gr. ou teinture d'iode, 75 c. c. — 16. Iodures assortis, 30 gr. — 17. Laudanum ou équivalence en préparations opiacées, 60 gr. — 18. Moutarde (farine), 0 kgr. 500. — 20. Quinine (sels en vrac, cachets ou suppositoires), 5 gr. — 21. Théobromine, 10 gr. — 22. Vaseline ou 200 % de stéarovaseline, 0 kgr. 500 — 28. Ampoules de morphine, d'héroïne ou alcaloïdes en nature, 1 gr. — 29. Alcool pur à 95°, 2 l.

NOTA. — *Les tickets du quatrième trimestre* 1942 *ne pourront être présentés que jusqu'au* 31 *décembre* 1942.

Les quantités indiquées pour le ticket de laudanum peuvent être utilisées sous forme de préparations opiacées (laudanum, extrait, poudre, pilules, teinture...) pour la valeur correspondante en poudre d'opium.

Le ticket complémentaire n° 28 *de morphine ou héroïne est à prendre en nature ou en ampoules ; nous conseillons de le réserver pour besoins imprévus.*

A propos de la Retraite

Un lecteur, le Docteur B., de Chiddes (Nièvre) nous écrit à propos du projet publié par l'Ordre :

Le *Bulletin* de l'Ordre général nous donne des précisions sur le chiffre de la retraite, si l'on peut ainsi parler, car, dans l'esprit du commun, le mot de retraite suggère l'idée du gîte et du couvert assurés, si modestement soit-il, à celui qui cesse son labeur. Or, les dix-mille francs offerts, ne permettent pas de réaliser cette condition dans le moment actuel, pour celui qui ne jouit pas d'autres revenus.

Ainsi donc, on va se trouver devant ce résultat imprévu que l'effort d'assistance aux vieux médecins n'atteindra pas les deux buts poursuivis :

1° secourir les vieux médecins nécessiteux ;

2° faire un peu de place aux jeunes en éliminant les médecins âgés.

En effet, quel est le médecin besogneux encore apte à travailler (et c'est là la seule catégorie qui compte pour faire de la place aux jeunes) qui pourrait songer à sacrifier, pour des ressources aussi misérables, sa possibilité de tirer quelque argent de son métier ? Pour gagner 10.000 francs par an, il lui suffirait, au taux actuel, de faire 250 visites par an, soit *une visite par jour ouvrable* ! Si fatigué fût-il, il trouverait toujours l'occasion et la force d'en faire aisément le double et le triple !



Alors, quels seront donc les médecins qui seront assez fortunés pour profiter de cette retraite ? D'abord ceux qui sont déjà retirés ; ensuite, ceux qui verraient dans cette aubaine le complément qui leur manque pour déposer le harnais. Quant aux impécunieux encore capables de travailler au ralenti, ils ne pourraient songer à s'abreuver à ce Pactole desséché.

J'en conclus que, pour le médecin impécunieux, le dernier mot de cette nouvelle *retraite des dix-mille* ne sera pas le prestigieux : « Thalassa », mais plutôt le morose : « Thanatos » !

Maintenant, je souhaite que ces modestes remarques ne soient pas considérées comme une critique par le berger qui gère notre troupeau, car la houlette qu'il brandit me paraît tenir davantage du solide gourdin que de l'accessoire fadement enrubanné des bergeries de Lancret !

Certificats et disette du papier

En protestant contre la débauche de certificats qui sévit depuis la guerre, les médecins ne se défendaient jusqu'ici que contre un surcroît de travail, et particulièrement insipide, que cette nouvelle manie leur impose.

Mais voici que le papier se faisant de plus en plus rare ils considèrent avec effroi les vides qui se creusent quotidiennement dans leur stock de papier à en-tête. Qui les en approvisionnera, puisque même les cahiers des écoliers sont contingentés ?

La question est posée par notre collaborateur et ami le Docteur R. Maire, de Paris.

On nous raconte de fort belles histoires sur l'économie qui s'impose ; mais on multiplie les occasions de nous en faire barbouiller pour moins que rien. Certificats, recertificats, surcertificats ! C'est incompréhensible. Malgré que nous indiquions sur les feuilles de maladie les dates d'arrêt et de reprise du travail, les services publics exigent pour leurs employés assurés sociaux (Mutualistes) un certificat d'arrêt et un certificat de reprise ; et, de plus en plus, les entreprises privées deviennent également exigentes. Je ne vois guère de malade qui, outre l'ordonnance, ne me demande en plus deux certificats, auxquels vient s'adjoindre, bien souvent, un régime ou une demande de bon de quelque chose : soit quatre à cinq papiers pour un seul client.

A ce régime avant deux mois je n'aurai plus un papier à en-tête pour rédiger mes prescriptions.

Et les fiches ? et les enveloppes ? et le papier de copie pour la rédaction d'articles ou la prise de notes ou d'adresses ? Nous donnera-t-on des tickets ? Sur quoi basera-t-on l'estimation de la quantité de papier dont nous avons besoin ? Il me reste exactement quinze enveloppes. Je vous défie de m'en trouver une de plus autrement qu'au « marché noir » — et encore ! Et puis enfin, le marché noir est-il compatible avec une profession dont les prix d'honoraires se tiennent dans des limites fort voisines de celles de nos prix d'avant-guerre ?

Le Sou Médical

Nouvelles adhésions

Admissions prononcées par le Conseil d'administration en sa séance du 2 octobre 1942 :

MM. les Docteurs AMANTE Robert, à Bondy (Seine) ; BERTHELOT Joseph, à Ploeuc (C.-du-N.) ; BESNARD Robert à Soissons (Aisne) ; BEUROIS Henri à Chantonnay (Vendée) ; BIANCANI Hugo, à Paris ; BLANCHARD André à Suresnes (Seine) ; BONNET

Pierre à Caen (Calvados) ; BROUSTRA CAPDEPONT Robert à Libourne (Gironde) ; CAILLEAULT René à Blois (L.-et-C.); CARBONNELLE Edmond, à Bapaume (P.-de-C.) ; CHAROUSSET Michel, à Paris-VI[e] ; CHARUEL Alain ,à Bagneux (Seine) ; CORLAY Georges, à Lorient (Morbihan) ; CRETIN Alfred, à Sérifontaine (Oise) ; DARMENDRAIL Jean, à la Charité sur-Loire (Nièvre) ; DECOUFFE Pierre, à Mantes Gassicourt (S.-et-O.) ; DEGAS Roger, à Reims (Marne) ; DELEMAZURE Gérard, à Saint-André-lez-Lille (N.) ; ESTEVE Gaston, à La Bussière (Loiret) ; ETIENNE Pierre, à Loudéac (C.-du-N.); FALGUEIRETTES Jacques, à Safi (Maroc) ; GRANGE Marcel à Cholet (M.-et-L.) ; GRIVEL André à Audierne (Finistère) ; GUERIN Paul-Jules, à Paris-VII[e] ; GUILLAUME Jean, à Amboise (I.-et-L.) ; HAMON Yves, à Chateauneuf-la-Forêt (H.-V.) ; HINARD Daniel, à Chartres (E.et-L.) ; KALMAR Jacques, à La Guiche (S.-et-L.) ; KOSKAS Clément, à Nabeul (Tunisie) ; LAURENS Henry, à Toulouse (H.-G.) ; LE BRAS Jean, à Landerneau (Finistère) ; LESIEUR Pierre, à Dieppe (S.-I.) ; MOREAU Edouard, à Paris (XIV[e]) ; MULEAU Odette, à Aix-les-Bains (Savoie) ; NARBAITS André à Guethary (Basses-Pyr.) ; PELLETIER Michel, à Les Moutiers Les Mauxfaits (Vendée) ; RENAULT Louis, à Vannes (Morbihan) ; Richard Paul, à Bar-le-Duc (Meuse) ; ROUSSET Henri, à Perigueux (Dordogne) ; SOUYOULTZIS Nicolas, à Bouce (Orne) ; TRAISSAC Fernand, à Bordeaux (Gironde) ; BIGUET Robert, à Chesley (Aube) ; BOTALLA GAMBETTA Camille, à Oran ; DUFRAICHE Yves, à Delle (Terr. Belfort) ; GODARD Léon, à Le Portel (P.-de-C.) ; JOLY Louis, à Tarare (Rhône) ; JOLY Francis, à Bruz (I.-et-V.)

A TRAVERS L'OFFICIEL

Exercice de la médecine. Médecins étrangers

MÉDECINS INTERDITS

Arrêté du 9 septembre 1942

D[r] CHAPIREAU (Alexandre), exerç. ant. à Paris ; D[r] EZRA (Maurice), exerç. ant. à Epernay (Marne) ; D[r] MOSCOVICI (Smil), exerç. ant. à Cachan (Seine) ; D[r] POLACCO (Elie), exerç. ant. à Paris ; D[r] SAMUEL (Désiré), exerç. ant. à Epinay-sur-Seine (Seine) ; D[r] SOCHAT, née Golspiegel (Hélène), exerç. ant. à Paris ; D[r] FLAISLER (Albert), exerç. ant. au Raincy (Seine). (*J. O.*, 13 octobre 1942).

Médecine du travail

Composition du Comité permanent chargé d'élaborer la doctrine de la médecine du travail et de fixer les règles générales d'action des médecins inspecteurs du travail.

Outre les membres de droit, font partie de ce Comité les professeurs Duvoir, Mazel, les Docteurs Barthe, Winter, Martiny, Ménétrier, Gros, Sureau, Bour, Theil, Goulène. La présidence du Comité est assurée par le Docteur Barthe, médecin chef de la Société E. C. F. M. et membre du Conseil supérieur des médecins. (*J. O.*, 25 octobre 1942.)

Santé publique

Arrêté du 9 octobre 1942 nommant les membres du Conseil supérieur d'hygiène publique en France (Extraits)

D[r] Jules RENAULT, membre de l'Académie de médecine, *président* ; D[r] BROUARDEL et Pr. TANON,

Voir la suite page XIII-881


SITSA


UNE CURE
IODÉE
XX GOUTTES AVANT
CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER
D'IODISME
Cr. Office d'Éditions d'Art
J. EURY, Docteur en Pharmacie
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)


RHINAMIDE
CHIMIOTHÉRAPIE
sulfamidée locale des
infections bactériennes
aiguës et chroniques du
RHINO - PHARYNX
CORYZAS - RHINITES
ADÉNOIDITES - GRIPPE
RÉACTIONS SINUSIENNES
PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT
DES INFECTIONS ÉPIDÉMIQUES
en instillations et pulvérisations fréquentes
Laboratoires A. BAILLY
(SPEBA)
15, rue de Rome et rue du Rocher, 15
PARIS-8e
SPEBA
A-BAILLY

PARTIE SCIENTIFIQUE

LE DIAGNOSTIC DE LA GALE

Par A. Sézary,

Professeur agrégé, Médecin de l'hôpital Saint-Louis

Puisque la gale continue à exercer ses ravages et que ceux-ci ne semblent pas près de diminuer, il ne paraît pas superflu d'écrire encore sur elle, et plus particulièrement sur son diagnostic. Le praticien n'est pas nécessairement un dermatologiste expérimenté et il éprouve souvent des difficultés pour la reconnaître. Témoin ces nombreux cas de gales typiques, que nous voyons traiter par l'auto-hémothérapie ou pour des troubles hépatiques. Témoin aussi ces cas d'urticaire ou de prurigo que l'on soumet indûment, et souvent non sans dommage, aux traitements plus ou moins irritants de la scabiose.

La gale a ce privilège de se manifester par des signes pathognomoniques (ses sillons surtout, ses vésicules perlées) et par ses localisations, qui sont révélatrices (classiquement : espaces interdigitaux, poignets, coudes, parois antérieures des aisselles, fesses, mamelons chez la femme, verge chez l'homme, talons chez l'enfant). Aussi, quand elle se présente sous sa forme caractéristique, le diagnostic est en général facile, et nous n'y insisterons pas. Le règle est toujours vraie, de rechercher systématiquement les signes de la gale chez toute personne qui se gratte, quelle que soit sa condition sociale.

Mais il arrive fréquemment que la symptomatologie ne soit pas nette. Tantôt les sillons existent, mais, non encrassés par la poussière, ils ne sont pas visibles. Tantôt, les localisations classiques font défaut ; les membres supérieurs peuvent, par exemple, se montrer indemnes de toute éruption. Tantôt l'éruption prurigineuse a un type banal et tous les caractères particuliers précités sont absents.

L'endémie actuelle est remarquable par la fréquence de ces formes frustes ou larvées. Et ceci m'a conduit à rechercher des signes nouveaux, capables de nous aider à reconnaître l'affection dans ces cas.

Tout d'abord, il s'agit de mettre en évidence les sillons non tatoués, ou sillons blancs, qui, ne tranchant plus sur la peau voisine, peuvent passer inaperçus. Un procédé classique consiste à les badigeonner avec de l'encre ou de la teinture d'iode. La méthode a donné des résultats inconstants. Mais surtout elle n'est pas pratique ; car il faut avoir d'abord repéré les sillons pour les imprégner ensuite de ces liquides colorants ; elle est plus utile pour leur identification que pour leur recherche. J'ai remarqué que ces sillons étaient souvent appréciables au toucher. Il suffit donc de passer la pulpe de notre index dans les espaces inter-digitaux et sur les poignets pour percevoir ces petites lésions linéaires, qu'on identifiera aussitôt par ces examens à la loupe ou en les colorant.

Mais un signe beaucoup plus important, parce qu'il s'applique aux formes larvées et parce qu'il est quasi constant, consiste dans la localisation des papules et des lésions de grattage dans deux régions, dont les auteurs classiques n'ont jamais fait mention à ma connaissance. Ces régions sont la paroi abdominale antérieure et la face interne des cuisses.

Chez la plupart des galeux en effet, un examen sommaire montre que la paroi abdominale antérieure, et surtout sa partie sus-ombilicale, est recouverte avec prédilection de papules ou de croûtelles, alors que la région thoracique en est indemne. Le contraste est frappant avec l'intégrité de la région dorso-lombaire. Cette dernière en effet est, dans la règle, respectée ; le malade n'y éprouve aucun prurit, et nulle éruption ne s'y développe. Il en est de même pour la face, comme on le sait depuis longtemps.

Les papules et les lésions de grattage sont également nombreuses à la partie interne des deux cuisses, sur toute leur hauteur. Il est d'ailleurs fréquent que spontanément le malade déclare y ressentir le maximum de son prurit. Le plus souvent, la partie externe des cuisses est moins atteinte. Mais à la partie inférieure des fesses, on retrouve le foyer parfaitement décrit dans les ouvrages classiques.

A l'épreuve, depuis un an que nous les avons découvertes, la valeur séméiologique de ces localisations de l'éruption galeuse nous a paru des plus importantes pour le diagnostic dans les cas difficiles.

Certes, le praticien est quelquefois aidé par d'autres indices.

Il peut, par exemple, apprendre que deux personnes, partageant le même lit, sont pareillement atteintes de prurit, et l'examen du partenaire peut révéler des signes classiques, qui faisaient défaut chez le premier malade. Mais notons ici qu'un prurit « à deux » n'est ni suffisant, ni nécessaire pour affirmer le diagnostic. Car deux conjoints peuvent avoir simultanément de la phtiriase ou de l'urticaire. D'autre part, certains sujets ont une sorte d'immunité pour la gale ; d'autres ressentent à peine le prurit ; un des conjoints peut, quoi qu'infesté, n'accuser aucune démangeaison. Je le répète donc, il ne faut pas s'en tenir aux déclarations : l'examen du partenaire est indispensable.

Il y a aussi le traitement dit d'épreuve. Cette méthode de diagnostic *a posteriori* est en général d'une piètre valeur. Elle n'est d'abord pas toujours inoffensive, car elle est capable de provoquer des éruptions artificielles sérieuses. D'autre part, les traitements de la gale peuvent échouer, surtout comme cela est fréquent, quand ils ne sont pas correctement appliqués. Il faut reconnaître cependant que, parfois, le traitement d'épreuve est utile pour trancher un cas épineux.

Le plus difficile, selon nous, est d'affirmer qu'un sujet, qui a du prurit, n'a pas la gale. Il est, en effet des cas où il est impossible de se prononcer. Il n'y a pas de sillon, la localisation de l'éruption est atypique, il n'y a pas de conjoint susceptible d'être contaminé et l'on redoute les conséquences d'un traitement d'épreuve. Dans ces conditions, mieux vaut attendre et surveiller le malade tous les cinq à sept jours. Une gale atypique finira bien par se révéler par l'un ou l'autre de ses signes caractéristiques. Il

faut dire au patient ce qui est : à savoir qu'au moment de l'examen, il n'a aucun signe avéré de gale, mais que l'affection pourrait être masquée et se déclarer d'une façon nette dans les jours suivants. De cette imprécision du diagnostic, le praticien ne doit ressentir aucun dépit, car les cas où même un dermatologiste expérimenté est incapable de se prononcer ne sont pas exceptionnels.

Il ne suffit pas de reconnaître la gale, il faut encore en rechercher les complications.

La *gale infectée* est banale. L'éruption s'accompagne alors de pustules et de croûtes formées après l'évacuation du pus. Des lymphangites, voire des adénites, peuvent s'en suivre. Il est bon, lorsque cette pyodermite est très développée, de la combattre pendant quelques jours avant d'appliquer le traitement anti-parasitaire.

La *gale eczématisée* est également fréquente. Des placards érythémato-vésiculeux couvrent alors les segments du membre ou le tronc. La complication est attribuée au grattage. De fait, nous n'avons pas constaté, avec Felsenswalb, par la méthode des tests cutanés, que la peau présente une réaction quelconque à un extrait acarien. Elle n'en indique pas moins une sensibilité spéciale du tégument et elle doit faire craindre une dermite artificielle, si l'on applique un traitement soufré.

Plus délicate est la *recherche de la syphilis* chez les galeux. On doit la faire systématiquement, car la coïncidence des deux affections n'est pas exceptionnelle. Mais le diagnostic est souvent malaisé. Tout d'abord, on connaît depuis longtemps ces lésions du gland ou du fourreau de la verge qui, fortement infiltrées, en imposent pour un chancre syphilitique : c'est le « chancre scabieux », dont l'existence ne doit cependant pas laisser croire que toute lésion du type chancreux est de nature scabieuse. Un examen méthodique de la lésion et des ganglions de l'aine ne laisse généralement aucun doute. Dans les cas difficiles, la recherche du tréponème, les séro-réactions judicieusement interprétées fixeront avec certitude.

Dans d'autres circonstances, il faut savoir reconnaître, entre les lésions papuleuses de la paroi abdominale, les taches érythémateuses qui caractérisent la roséole. Un examen général s'impose alors, pour dépister les autres signes de l'infection tréponémique, et les examens sérologiques suivront.

Chez plusieurs malades du sexe masculin atteints de gale et indemnes de syphilis, j'ai constaté la présence sur le scrotum de lésions papuleuses qui en imposaient pour des syphilides secondaires. Ce sont là des lésions syphiloïdes au premier chef. Je dois avouer que ce sont surtout d'une part les autres signes de la gale, d'autre part le résultat négatif de la recherche d'autres lésions syphilitiques secondaires et des séroréactions spécifiques qui m'ont autorisé à rapporter ces lésions à la gale. Il me paraît important de connaître ces faits pour éviter de fâcheuses erreurs de diagnostic.

Ainsi donc, selon les cas, le diagnostic de la gale est soit facile, soit difficile. S'il est impardonnable de se tromper dans un cas banal, il est permis de ne pas se prononcer d'emblée dans certaines formes larvées, dont la reconnaissance ne pourra se faire qu'après une observation plus ou moins prolongée du malade.

○ ○ ○

LA CLINIQUE AU GOÛT DU JOUR

TRAITEMENT DES BRÛLURES PAR LES INFRA-ROUGES

D'après le Docteur J. GAUTIER,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Angers (1)

Les infra-rouges constituent un nouveau progrès dans la thérapeutique des brûlures, et cela sans vouloir minimiser les résultats remarquables du traitement par le tannage ; comme ce dernier, ils amènent une dessication rapide de la surface brûlée. Naturellement, les brûlures du 1er degré sont d'importance minime ; il ne s'agit que des brûlures plus graves et plus profondes.

Au bout de deux ou trois séances d'application, la surface atteinte est recouverte d'une croûte formée aux dépens de la sérosité exsudée. Comme dans le tannage, la cicatrisation se fait sous cette couche à l'abri de l'air, sans pansement. Elle ne demande donc que des précautions élémentaires pour empêcher la contamination de la plaie par des germes importés du dehors. Les infra-rouges présentent d'autres avantages, dont les principaux sont : la suppression de la douleur, la diminution du choc, l'absence de suppuration (grâce au pouvoir antiseptique des infra-rouges), enfin, la production rapide d'une cicatrice souple, et le plus souvent non rétractile, même dans le cas de brûlures répondant au 3e degré.

LA TECHNIQUE

Elle est simple, mais *dominée* par l'utilisation de rayons suffisamment *sélectionnés*, c'est-à-dire n'émettant aucune radiation lumineuse, même proche des infra-rouges : la filtration doit être parfaite, sinon les résultats peuvent être décevants.

Quels que soient l'étendue et le degré de la brûlure, dès que le sujet est arrivé à la salle de pansements, il est placé sous un ou plusieurs foyers d'infra-rouges, suivant l'étendue des surfaces à traiter, et c'est sous les rayons que l'on pare la région malade. Cette préparation, d'ailleurs simple, consiste uniquement dans un nettoyage mécanique : on enlève aux ciseaux et à la pince, les lambeaux d'épiderme détachés ; on ouvre les phlyctènes, dont on excise la pellicule épidermique, et là se borne le traitement. Aucune précaution antiseptique, telle que lavage au savon, à l'alcool, etc., n'est prise en dehors de ce nettoyage mécanique. Il serait d'ailleurs inutile d'imposer un traitement particulièrement douloureux, qui risquerait d'aggraver le choc en

(1) *Gazette médicale de France*, janvier 1942.

nécessitant une anesthésie générale, cause d'intoxication supplémentaire. Même les brûlures traitées tardivement par les infra-rouges, et qui, par conséquent, arrivent au stade de suppuration, évoluent, grâce aux irradiations, presque aussi vite vers la guérison, la suppuration disparaissant très rapidement.

Le traitement consiste uniquement en deux irradiations quotidiennes d'une heure chacune. Très tôt, la surface brûlée se dessèche, se recouvre d'abord d'un vernis brillant et mince ou, si la sécrétion est particulièrement marquée, d'une croûte jaunâtre, épaisse, qui est constituée dès la deuxième ou la troisième séance. Dans l'intervalle de celles-ci, la partie brûlée est laissée à nu, sans pansement, les régions malades reposant sur des alèzes stérilisées. Si la surface atteinte est très étendue, pour éviter le refroidissement, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants, on a recours à un cercle chauffant, dont il faut toutefois savoir, dans certains cas, modérer l'action.

Grâce aux rayons, dès la première demi-heure, toute souffrance disparaît. Lorsque la région brûlée est recouverte d'une croûte, les rayons sont continués au même rythme, ou peuvent être diminués de fréquence et peuvent n'être employés qu'une fois par jour. Vers le 6e jour, il arrive souvent que les croûtes se soulèvent par leur périphérie et soient facilement détachées, tout au moins en partie ; mais il est préférable de les enlever grâce à un pansement humide, qui reste sur la région brûlée toute la nuit. Le lendemain on voit à nu une surface, qui a déjà largement commencé son épidermisation. Les parties cruentées sont à nouveau irradiées et, très vite, se recouvrent d'une nouvelle croûte, au-dessous de laquelle se continue le travail de cicatrisation : A partir de ce moment, tous les deux ou trois jours, un pansement humide fait tomber les croûtes et montre le progrès de la cicatrisation qui, en général, est complète du 8e au 20e jour, suivant l'étendue de la brûlure ; lorsque celle-ci est très vaste, occupant tout le dos, par exemple, trois semaines suffisent à la guérison.

Telle est l'évolution d'une brûlure du deuxième degré qui, grâce aux infra-rouges, échappe à la suppuration que l'on observe, même dans le traitement par le tannage. Par contre, s'il s'agit d'une brûlure du troisième degré, l'évolution est plus longue. L'irradiation est pratiquée de la même façon, et, pendant que les brûlures du deuxième degré qui l'entourent se cicatrisent, l'escarre tombe ou est enlevée, après avoir été ramollie par des pansements humides. La chute de l'escarre laisse à nu une surface cruentée, dont la guérison est plus longue que dans le cas précédent, mais se fait néanmoins sans la nécessité de greffes, et avec un nouvel épiderme, souple et, en général, non rétractile ; parfois cependant, les cicatrices peuvent devenir exubérantes.

A ce traitement local s'ajoute, dans les grandes brûlures, le traitement général du choc, d'ailleurs grandement facilité par l'action anti-choc même des infra-rouges, car ils luttent contre le refroidissement, et diminuent notablement l'exhémie si redoutable dans ces cas. Grâce au rôle remarquablement anti-algique des rayons, toute thérapeutique calmante est inutile. Il suffit de soutenir l'état général par du sérum, de l'huile camphrée, de l'adrénaline, traitement que vient heureusement compléter l'insuline.

Grâce à cette méthode, tous les brûlés, qui avaient des lésions, même répondant à plus du tiers de la surface cutanée, guérirent dans un temps variable entre six ou huit jours pour celles de moyenne étendue, et 15 ou 25 jours pour celles d'une étendue considérable. Quant aux brûlures du troisième degré, elles ont une évolution beaucoup plus lente. Si leur étendue est peu importante : 10 à 15 cent. de côté, quelques semaines suffisent après la chute de l'escarre, qui survient vers le 8e ou 10e jour et peut être hâtée par des pansements humides ; la surface cruentée se cicatrise assez rapidement, et le plus souvent sans rétraction. Pour les brûlures plus étendues, il a fallu, dans trois cas, un et même deux mois. C'est dans cette variété que l'auteur a eu le plus de déchet : 5 morts sur 11 cas (deux enfants qui succombèrent l'un au deuxième, l'autre au quatrième jour avec de vastes plaques brunâtres sur le ventre, le thorax et les cuisses.) Dans tous ces cas mortels, on eut l'impression d'être débordé par la gravité des lésions qui, dès le début, paraissaient au-dessus de toute thérapeutique.

A noter enfin, que les infra-rouges ont un effet maximum, s'ils sont employés dès l'accident, mais point capital, leur rôle est aussi efficace, si un autre traitement a été fait et suivi pendant quelques jours (vaseline, huile goménolée, suif, etc.).

G. FISCHER.

HERNIE ET ACCIDENT DU TRAVAIL

J'ai lu avec un vif intérêt les divers articles parus dans *Le Concours Médical* sur « Hernie et accident du travail ».

Les premiers m'ont un peu stupéfait : on y niait que la hernie pût être un accident du travail.

Je connais un peu la question des hernies : je viens d'opérer ma huit cent quatre vingt seizième hernie... et je n'ai certainement pas opéré un tiers des hernies que j'ai observées ; je n'opère pas quand l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire ou très utile et je n'opère pas, non plus, quand la résistance de la paroi et la valeur de l'étoffe ne donnent pas des probabilités de résultats durables.

Je n'entrerai pas dans des discussions juridiques pour établir que la hernie peut être considérée, dans certains cas, comme un accident du travail et, qu'en droit, il n'y a pas lieu de tenir compte de l'état antérieur, c'est-à-dire, ici, de la faiblesse discutable de la paroi.

Je n'examinerai la question qu'au point de vue médical. Là, encore, je suis assez bien documenté, car ma quatre cent soixante huitième opération de hernie dut être faite sur moi-même.

Diverses occupations urgentes m'avaient fait différer d'envoyer cette note ; elle est rappelée à mon bon souvenir grâce à deux articles, publiés le 9 novembre et le 21 décembre 1941 par deux confrères, le Docteur Noël, de Chaville (Seine-et-Oise) et le Docteur M.-D., chirurgien.

L'un et l'autre ont pu constater sur eux-mêmes la production accidentelle de hernies.

Je me fais un devoir d'apporter aussi mon observation personnelle pour contrebattre l'opinion, précédemment montée en doctrine, que la hernie n'est jamais et ne peut être un accident du travail. C'est un *devoir*, parce que cette dernière fausse doctrine pourrait être opposée en justice et préjudiciable à certains accidentés du travail, ayant eu réellement une « hernie de force ».

Pour mon cas, comme pour celui du Docteur M. D., publié le 21 décembre 1941, nous verrons le rôle que peut jouer dans l'aggravation d'une hernie le surmenage ou l'amaigrissement. Ce rôle se comprend très bien : les muscles perdent de leur tonicité, la graisse disparaissant laisse plus large le canal de la hernie, l'épiploon amaigri, passe plus facilement dans ce canal qu'il élargit.

Vers le milieu de l'année 1911, à l'hôpital maritime Saint-Mandrier, je dois opérer sur le périnée un malade d'une centaine de kilos. Je lui explique la position à prendre, pendant que les infirmiers sont allés chercher du matériel à côté ; il ne comprend pas très bien... il est sourd ! Alors qu'il est déjà sur la table, pour lui faire placer les genoux sur les porte-cuisses, je me place entre ses jambes et prends un talon dans chaque main, pour le diriger. Je lui dis de soulever et remonter le siège. Il prend appui sur sa tête et soulève subitement tout son corps en faisant porter brusquement une grande partie de son poids sur mes mains. J'étais dans une position assez défavorable, la cuisse gauche assez écartée de l'autre et ne m'attendant nullement à subir cette surcharge brusque.

J'éprouvai une vive douleur dans la région du canal inguinal gauche. Je dus m'asseoir sur mon tabouret de chirurgien. Mon assistant et les infirmiers, qui revenaient, me trouvèrent la figure pâle. Mon assistant me plaisanta aimablement en me disant que ce serait, peut-être, à mon tour de passer « sur le billard » pour une hernie. Je pus faire mon intervention et rentrer à Toulon par le bateau assurant le service de l'hôpital, mais je continuais à souffrir.

Arrivé chez moi, je procédai à un examen du canal : il était douloureux et j'y percevais la présence d'une petite hernie, que je ne pouvais réduire.

Je restai deux heures allongé sur mon lit et n'obtins pas plus de résultat pour la réduction. Je me fis examiner par le chirurgien de l'autre hôpital de la Marine (Hôpital Sainte-Anne), le Docteur Girard, qui a été depuis médecin inspecteur du service de santé de la Marine. Il porta le diagnostic de hernie de force, me conseilla de ne pas faire de nouvelles manœuvres de taxis et de rester étendu, avec des compresses d'éther ou de la glace sur la partie lésée. C'est ce que je fis et c'est seulement au bout de 36 heures que j'obtins la réduction. Je pus noter une légère ecchymose en relation avec la déchirure produite par la hernie de force.

Antérieurement je n'avais aucun signe de hernie ; j'avais une bonne paroi abdominale : j'avais fait de la salle d'armes et même donné la leçon d'escrime à des camarades pendant neuf ans ; j'avais pratiqué diverses espèces de sports, escaladé des ravins et des pentes abruptes dans les Cent mille Monts, vécu dans la brousse dix à douze jours par mois, montant des étalons très vifs, etc.

Je ne voulais pas rester avec cette hernie, je pris la décision de la liquider, dès que les tissus déchirés auraient repris une consistance normale, par exemple à la fin des grandes vacances, quand je rentrerais du Congrès de chirurgie, alors que je n'aurais pas encore repris mes cours de professeur d'anatomie...

Mais, en septembre, c'était l'explosion du cuirassé Liberté et 45 grands blessés entraient dans mon service.

Ce surcroît de travail me donna du surmenage et je perdis près de dix kilogrammes en six mois. Au fur et à mesure de mon surmenage et de mon amaigrissement, ma hernie épiploïque se développait, malgré le port d'un bandage et devenait inguino-scrotale.

Après une période de repos, en juillet 1911, j'opérai seul cette hernie à l'hôpital Saint-Mandrier, tout en exposant à mon entourage la technique suivie et les avantages de l'anesthésie locale, dont il m'était, enfin, permis d'apprécier la valeur sur moi-même. C'était ma quatre cent soixante huitième opération de hernie (1)...

Il était nécessaire que des médecins ayant eu personnellement des « hernies de force », puis-

(1) Docteur Jules Regnault. — Une auto-opération de hernie inguinale. *Journal des Praticiens*, 24 août 1912. Autour de mon auto-opération. *Æsculape*, 1912, pages 193-200.

sent témoigner de leur existence et des conditions dans lesquelles elles peuvent se produire.

Après le Docteur Noël et le Docteur M. D., chirurgien, je répéterai :

« On est tout de même mieux placé pour parler de l'accident herniaire quand on l'a eu soi-même.

Dr Jules REGNAULT (de Toulon).

LES EXAMENS RADIOSCOPIQUES SYSTÉMATIQUES

Il ne me paraît pas inutile d'apporter quelques brèves précisions sur le fonctionnement des examens radioscopiques systématiques dans les collectivités scolaires de la région parisienne.

En novembre 1940, la Caisse interdépartementale des Assurances sociales décida l'achat d'un certain nombre d'appareils mobiles, qui furent destinés à l'examen radioscopique systématique des enfants des écoles, après entente avec l'Inspection médicale.

Le Docteur Dariaux, chef du Service d'électro-radiologie de l'hôpital Cochin, d'accord avec les services médicaux de la Caisse, procéda au recrutement d'une cinquantaine de médecins-vacateurs, tant parmi les radiologistes assistants des hôpitaux que parmi les spécialistes pédiatres ou phtisiologues.

Une sorte de Code fut établi qui classait les sujets examinés en différents compartiments :

A1 : lésions pulmonaires paraissant actuelles, complexes de primo-infection, lésions parenchymateuses, massives ou nodulaires, pleurésie.

A2 : calcifications, séquelles pleurales, modifications diaphragmatiques.

A3 : suspects.

B : anomalies cardiaques.

C : anomalies du squelette.

Nous dirons tout de suite qu'aucun chiffre d'examens ne fut imposé et n'est imposé aux médecins vacateurs ; on verra tout à l'heure que la moyenne des enfants examinés par séance de 2 heures est de 111 et non de 100 ou 150 par heure comme on l'a prétendu.

Les constatations du médecin radiologue sont consignées sur une fiche à plusieurs volets qui est adressée à l'Inspection médicale des écoles. Celle-ci envoie directement au médecin-inspecteur des écoles les fiches concernant les sujets non pulmonaires. Quant aux sujets pulmonaires classés en catégories A1, A2, A3, ils sont signalés systématiquement au Dispensaire de l'O. P. H. S. qui examine plus particulièrement les enfants des catégories A1 et A3, et retourne le résultat de ses constatations à l'Inspection médicales des écoles.

Les chiffres suivants donneront quelque idée de ce que fut notre action au cours de la première année, c'est-à-dire, de novembre 1940 à juillet 1941 :

— 164.366 enfants furent examinés, dans 688 écoles de Paris, de la Seine et de la Seine-et-Oise.

— 1.472 séances eurent lieu ; 111 sujets furent examinés par séance de 2 heures.

— 11.820 enfants furent signalés à l'O. P. H. S, soit 7,19 % (dans ce pourcentage, les enfants signalés dans les catégories A1 et A3 figurent pour 2,11 %).

— 1.975 furent signalés au médecin-inspecteur des écoles pour d'autres affections que les affections pulmonaires, soit 1,20 %.

Ajouterai-je que nous sommes d'accord avec les pédiatres et les phtisiologues pour demander que la cuti ou la percuti-réaction soit faite de façon systématique et périodique chez tous les enfants des écoles permettant ainsi un triage rigoureux des enfants à radiographier. Ajouterai-je aussi que les résultats de la scopie systématique sont sans doute inférieurs à ceux de la radiophotographie.

Mais les conditions de fonctionnement de la radiophotographie rendent son application à peu près impossible actuellement dans les collectivités scolaires, et chacun sait, d'autre part, que la cuti-réaction n'est pas pratiquée chez les écoliers parisiens. Dans ces conditions, la radioscopie systématique n'est-elle pas d'une utilité incontestable ?

Au reste, la statistique suivante que nous a communiquée récemment l'O. P. H. S. de la Seine suffirait, s'il en était besoin, à justifier notre action et à montrer l'intérêt certain d'une expérience encore en cours :

Sur les 11.820 enfants signalés à l'O. P. H. S., 7.941 furent examinés par l'O. P. H. S. de la Seine, 4.341 furent reconnus tuberculeux, soit 54,66 %.

— 70 furent placés en sanatorium ;

— 195 furent placés en préventorium surveillé ;

— 170 furent placés en préventorium simple ;

— 670 furent placés en colonie sanitaire ;

— 1.726 demeurèrent en surveillance.

— 1.509 furent l'objet de diverses autres décisions.

— 2.260 de ces enfants étaient déjà connus de l'O. P. H. S.

— 2.081 d'entre eux étaient inconnus et chez 593 l'O. P. H. S. put dépister le contaminateur.

Docteur TARIN,
Médecin-chef du Centre de pédiatrie,
Caisse interdépartementale
des Assurances sociales.

(Avril 1942)

Les Livres qui viennent de paraître...

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

L. NÈGRE et J. BRETEY. — **Vaccination par le B. C. G. par scarifications cutanées.** Préface du Prof. Marfan. Un vol., 104 p., 10 fig. (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et applications, n° 33). Prix : 25 francs.

A. LACASSAGNE et G. GRICOUROFF. — **Action des radiations sur les tissus.** INTRODUCTION A LA RADIOTHÉRAPIE. Un vol. 172 p., 17 fig. Prix : 50 francs.

Amédée LEGRAND et J. BERTRAND, éditeurs,
93, boulevard Saint-Germain, Paris

D. DOUADY et André MEYER. — **Manuel de pleuroscopie et de sections de brides dans le pneumothorax thérapeutique.** Un vol., 212 pages, avec 89 schémas et dessins originaux. Prix : 120 francs.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE
18, rue Séguier, Paris, et 24, rue Négreneys, Toulouse

Recueil périodique de l'encyclopédie médico-chirurgicale. Cahier spécialisé : POUMON, PLÈVRE, MÉDIASTIN, n° 10.

Ed. CHIRON, éditeur,
40, rue de Seine, Paris-VIe

Ebba CHAMPETIER DE RIBES, médecin-gymnaste de l'Académie royale de Stockholm. — **A. B. C. d'éducation physique féminine.** Un vol. 74 pages, 1942. Prix : 20 francs.

Les Sociétés savantes

Académie de médecine

La pression artérielle chez les amputés de guerre

(MM. Balthazard et Routier ; 7-7-1942)

Existe-t-il chez les amputés en général, les amputés de guerre en particulier, des troubles circulatoires hypertensifs, plus ou moins tardifs dans leur apparition, une hypertension des amputés pour employer l'appellation parfois donnée à ces troubles.

Certains auteurs, émettant une opinion *a priori*, ont pensé que la suppression d'un territoire vasculaire important du corps devait accroître la pression artérielle, mais la clinique n'est pas venue confirmer cette hypothèse, du moins pour ce qui concerne la période qui suit immédiatement l'amputation. Dans les périodes plus tardives, M. Marcel Thomas a relevé, sur une statistique d'environ 500 cas, un pourcentage d'anomalies cardio-tensionnelles allant jusqu'à 25 %.

MM. Balthazard et Routier ont repris le problème à propos de l'examen, fait en qualité d'experts commis par les Tribunaux de pensions, de 154 amputés. Il s'est agi d'hommes de 39 à 66 ans, blessés de guerre examinés une vingtaine d'années après la perte du membre. Ayant comparé les tensions artérielles enregistrées chez eux avec celles (indiquées dans la statistique de Saller), de sujets du même âge non amputés, ils ont noté, entre 52 et 65 ans, une pression notablement plus forte chez les amputés. Faut-il conclure, pour cet âge, à une hypertension artérielle dépendant de l'amputation ? M. Routier ne le pense pas. La courbe des tensions, en effet, n'a pas été établie ici sur un groupe d'amputés de guerre pris au hasard, mais sur un groupe particulier, de sujets se plaignant de troubles pathologiques circulatoires. Pour objectiver, dit M. Routier, les malaises subjectifs étiquetés « troubles cardiaques des amputés », les données tensionnelles n'offrent aucune base de contrôle. M. Balthazard considère néanmoins comme acquis que la majorité des amputés éprouve des troubles neurotiques et vaso-moteurs que l'on n'observe pas avec la même fréquence chez les non-amputés.

— M. Laubry, examinant le problème soulevé par la communication de MM. Balthazard et Routier, formule une opinion éclectique. Comme notion générale, il met le plus souvent en doute la réalité d'une hypertension conséquence de l'amputation, mais il ne lui oppose pas une fin de non-recevoir absolue. A son avis, la responsabilité d'une amputation dans l'apparition d'un syndrome hypertensif chez un blessé de guerre n'est passible d'aucune règle et demeure toujours une question d'espèce, de cas à envisager en particulier.

Conserves alimentaires et botulisme

(M. R. Legroux et Mme Jéramec ; 7-7-1942)

Les intoxications botuliques, rares jadis, sont devenues plus fréquentes depuis quelque temps. Ce sont surtout les conserves « ménagères », de pois, d'épinards, de haricots verts, qui en ont été l'origine. Se rappeler aussi que les salures, les saumures, ne tuent pas les microbes présents dans les aliments.

Le bacille botulique est un germe anaérobie, à spore résistante. Il existe dans certains sols et peut souiller quelques végétaux ; il peut aussi engendrer une intoxication, parfois non mortelle, chez des animaux domestiques, bœufs et oies, dont les chairs sont alors dangereuses à mettre en conserve.

Ces bacilles sont de deux types, A et B. Le bacille A est le plus communément rencontré en Amérique. En France, le bacille B a été isolé à peu près seul dans les conserves nocives. L'Institut Pasteur prépare deux sérums anti-toxiques, antiA et antiB, et des anatoxines botuliques. Dès que le diagnostic de botulisme est posé, instituer le traitement sérothérapique et anatoxinique : injection d'anatoxine botulique, 1 c. c. chez l'adulte, 1/2 c. c. chez l'enfant, suivie d'injection de 20 à 40 c. c. maximum de sérum antibotulique B. Employer le sérum A seulement dans les cas rares où le bacille A est en cause et a été trouvé dans l'aliment incriminé.

Le pronostic est toujours plus grave lorsqu'il y a eu ingestion de toxines (contenues principalement dans le liquide qui baigne les conserves). Si les premiers signes paralytiques sont assez tardifs, le traitement spécifique peut agir avec efficacité. Comme prophylaxie, ne jamais consommer de conserve qui semble altérée sans l'avoir portée à l'ébullition assez longtemps. On ne préjugera pas de la nocivité d'une conserve par son odeur : une conserve botuligène est rarement nauséabonde, parfois même son odeur est aromatique. Lorsque l'aliment botuligène est gras (confit, jambon), l'odeur est butyrique et non putride.

L'indice d'haptoglobinémie dans les maladies infectieuses aiguës

(MM. Polonovski, Gernez, Warembourg et A. Breton ; 21-7-1942)

Coma hypoglycémique spontané

(MM. J. Lhermitte et J. Sigwald ; 21-7-1942)

Les auteurs rapportent trois observations de coma hypoglycémique grave (mortel dans deux cas), dont l'origine a paru d'ordre carentiel et devoir être recherchée dans les modifications du régime alimentaire. Il existait — constatation faite à l'autopsie — une atrophie manifeste de la partie glandulaire de l'hypophyse.

L'hygiène du cœur

(M. Auguste Lumière ; 21-7-1942)

Depuis une vingtaine d'années, le taux des décès dus aux affections cardiaques, envisagé par rapport aux décès totaux, s'est assez fortement accru, passant de 10 à 15 %. La diminution générale de la mortalité a été peu ressentie en matière de cardiopathies. L'auteur signale, pour atténuer cet état de choses, l'utilité d'enseigner une hygiène du cœur, en particulier en matière de pratique des sports.

Donneurs de sang et restrictions alimentaires

(MM. G. Jeanneney et G. Ringenbach, de Bordeaux. — Présentation par M. Léon Binet ; 28-7-1942)

Les faits observés par MM. Jeanneney et Ringenbach confirment ceux signalés par MM. Sureau et André dans une récente communication à l'Académie. Au Centre de transfusion de la Faculté de Bordeaux, le nombre des donneurs inaptes par insuffisance du taux des globules et de l'hémoglobine a été croissant, en conséquence des restrictions alimentaires. Les auteurs demandent, également, pour les donneurs habituels, la ration des travailleurs de force.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Quatre nouveaux cas de maladie de Besnier-Bœck-Schaumann

L.-M. PAUTRIER (24-4-1942)

Ces nouveaux cas permettent d'affirmer que cette affection semble bien être une « maladie d'avenir », et que les exemples s'en multiplient depuis qu'on la connaît mieux, alors qu'au début on la considérait comme une maladie nordique. Les patients en question ont été amenés à consulter soit le dermatologiste (forme de lupus pernio avec lésions pulmonaires simulant une tuberculose fibro-caséo-ulcéreuse, infiltrations sarcoïdiques déformantes des doigts), soit l'oto-rhino (forme prédominante de parotidite), soit le chirurgien (forme de spléno-mégalie primitive avec ablation d'une rate de 1.700 grammes).

Intoxication par le bromure de méthyle

MM. Louis RAMOND et J. LACORNE, Ph. PAGNIEZ et A. PLICHET (24-4-1942)

Cette intoxication devient de plus en plus fréquente, depuis que le bromure de méthyle a remplacé le tétrachlorure de carbone dans l'industrie des extincteurs d'incendie. Les accidents apparaissent plusieurs heures après l'intoxication : coma, crises épileptiformes, secousses myocloniques, incoordination intentionnelle, inaptitude aux efforts physiques, etc. Au début, on note une importante vaso-dilatation superficielle. A signaler l'intégrité des téguments de la face et des muqueuses oculaires, malgré l'éventuelle projection directe des vapeurs toxiques au visage ; ainsi les vésications, parfois observées, seraient dues non au bromure de méthyle lui-même, mais aux dérivés chimiques, auxquels il donne naissance au contact du foyer d'incendie.

M. MOLLARET insiste sur ce fait que l'incoordination motrice, de type cérébelleux certain, rappelle plus particulièrement la dyskinésie volitionnelle d'attitude (Alajouanine) ; il y aurait ainsi, malgré l'opinion des auteurs précédents, des signes d'organicité, et notamment une lésion des pédoncules cérébelleux supérieurs et de la région des noyaux rouges.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DES HÔPITAUX LIBRES

La laxité ligamentaire, maladie familiale

M. J.-A. HUET (1-4-1942)

L'auteur rapporte un certain nombre d'observations de malades atteints d'hyperlaxité ligamentaire. Il a pu retrouver dans les ascendants directs ou collatéraux de chacun d'eux, des affections analogues dérivant du même processus causal. Dans les mêmes familles, l'auteur a relevé successivement des pieds plats, des glissements épiphysaires fémoraux, des luxations congénitales de la hanche, des scolioses. Toutes ces affections ont évolué de façon parallèle, en passant par des phases d'aggravation au cours de la puberté, puis de la ménopause.

Tous ces cas d'hyperlaxité ligamentaire doivent être rattachés à des troubles d'origine endocrinienne et sous la domination prépondérante de l'hypophyse.

— M. MASMONTEIL se refuse à invoquer un trouble des glandes endocrines dans une affection congénitale telle que la luxation de la hanche. Par contre, l'arthromalacie de la colonne vertébrale réagit favorablement à la thérapeutique hormonale.

La Presse

Premiers résultats de l'infiltration du plexus préaortique dans l'angine de poitrine

Expérimentalement la section du plexus préaortique, c'est-à-dire de toutes les fibres nerveuses passant en avant de l'aorte pour se rendre au cœur, provoque une augmentation de l'amplitude des pulsations cardiaques, un léger ralentissement du pouls, une diminution de la sensibilité du cœur et probablement une augmentation du débit coronarien. D'autre part, le rythme du cœur ne présente aucun trouble après cette section.

Se basant sur ces résultats, G. ARNULF (de Lyon) a essayé d'agir par cette méthode sur les douleurs de l'angine de poitrine. Il a obtenu des résultats encourageants, que celles-ci fussent précordiales ou propagées dans les bras ; et cependant les cas s'étaient montrés rebelles soit au traitement médical, soit à une action sur le stellaire. Cet auteur commence par l'infiltration du plexus pré-aortique ; si cette action, d'ailleurs inoffensive, se montrait passagère même répétée, il resterait à faire une section chirurgicale du plexus pré-aortique. (*La Presse médicale*, 15 août 1942).

La colique thoracique mercurielle et son traitement par l'adrénaline

La colique thoracique mercurielle est un syndrome qu'on observe au cours des traitements mercuriels, huile grise et calomel particulièrement, quelquefois bismuthiques, et qui se caractérise par une douleur thoracique violente, avec constriction empêchant les inspirations un peu profondes, avec une asthénie intense, perte des forces, anorexie totale, fièvre, état général très mauvais, facies grippé péritonéal et constipation opiniâtre, qui ne cède qu'à la guérison du syndrome. Parfois c'est à l'abdomen qu'apparaissent les symptômes douloureux ; l'analogie est absolue avec la colique de plomb, de là le nom de colique mercurielle que G. MILIAN a donné à ce syndrome.

La thérapeutique par l'adrénaline en enraye rapidement l'évolution. Dans un cas, rapporté par l'auteur, il a suffi d'un demi-milligramme d'adrénaline intra-musculaire, pour faire disparaître en un clin d'œil tous les symptômes et la constipation, quelques heures après. C'est la même résurrection que dans la crise nitritoïde. (*Paris médical*, 20 juillet 1942).

Les complications chirurgicales du typhus

Le travail de COSTANTINI et de ses collaborateurs se rapporte à la récente épidémie de typhus. Les malades étaient le plus souvent porteurs d'un abcès (à siège le plus variable), d'une gangrène plus ou moins étendue d'un membre, ou encore d'une complication inattendue, par exemple : une gangrène du vagin, un abcès de la rate. Ces sujets pouvaient être considérés comme médicalement guéris et non contagieux ; or, chez eux, le pronostic dépendit surtout de l'état général, qui, chez certains, était altéré en raison d'une insuffisance acquise des émonctoires ou des grands systèmes glandulaires, et, chez d'autres, était resté bon. Cette remarque explique que plusieurs moururent, alors que leur lésion chirurgicale ne pouvait en aucune façon expliquer l'issue fatale. (*L'Algérie chirurgicale*, mai 1942).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

Comme les études secondaires, l'enseignement de la médecine souffre depuis de nombreuses années d'une inadaptation rédhibitoire aux incessantes transformations tant de la science que de la pratique médicales. Les multiples refontes des programmes n'ont pas réussi à dissiper le malaise qui s'y manifeste, et l'on n'a pas l'impression, à considérer les nouvelles générations de bacheliers ou de docteurs en médecine, que leur standard intellectuel marque une progression.

Pourquoi un tel trouble ne semble-t-il pas atteindre les facultés de lettres ou de sciences, ni les grandes écoles ? Ne serait-ce pas que la source des connaissances générales exigibles d'un bachelier et des connaissances spécialisées nécessaires au médecin est en constant accroissement et que devant un bagage impossible à emporter dans son entier, on se trouve dans l'obligation de faire un choix ? C'est ici, à mon sens, que git la difficulté. Quelles parties de la connaissance méritent d'être maintenues ou développées ? Quelles autres peuvent être sacrifiées ? En dehors des questions de doctrines sur lesquelles les avis sont multiples et différents jouent les heurts de prestiges. Jamais un professeur n'admettra que la science qu'il enseigne soit secondaire et puisse être réduite à quelques informations essentielles. Dans les commissions désignées pour modifier les programmes chaque universitaire se fait le fougueux champion de sa spécialité et pour abréger les discussions on entasse vaille que vaille dans la pacotille de l'étudiant un bric-à-brac hétéroclite où le superflu coince et déloge l'indispensable.

Or, c'est un fait que le résultat de ces entassements obstinés n'est pas bon. C'est un fait, pour s'en tenir à la médecine, que la France n'a plus, à quelques exceptions près, ni dans ses facultés, ni dans son corps de praticiens, l'équivalent de ce qu'elle avait autrefois.

Il y a cinquante ans, la science médicale française rayonnait sur le monde ; aujourd'hui elle est trop souvent à la remorque de l'étranger. Au temps de Balzac on proposait le «médecin de campagne » à la vénération des foules ; aujourd'hui, on les amuse avec les pitreries d'un Knock.

Il n'est pas accessoire que la revalorisation des études et des pratiquants de la médecine marche de fait avec la remise en ordre de tant de choses en ce pays. Et tout médecin français doit prendre à cœur de réfléchir à ce problème, de se faire une opinion et de participer à la solution.

Pour le poser un peu précisément ce problème, il m'a semblé opportun de décrire à nos lecteurs, l'essentiel de certains projets sur lesquels est en ce moment attirée l'attention des commissaires désignés par le Gouvernement pour réaliser la réforme des études.

* * *

La tâche entre toutes urgente d'enrayer la décadence de la médecine française peut s'assigner deux objectifs essentiels : 1º stimuler la recherche et favoriser la découverte en sélectionnant les chercheurs, d'une part, en équipant ceux-ci d'installations et d'appareillages valables d'autre part ; 2º assurer une pratique médicale à la fois scientifiquement pertinente et moralement irréprochable ; pour cela, vaincre la pléthore qui fait obstacle aux études solides et entraîne aux concurrences effrénées, c'est-à-dire aux compromissions.

L'enseignement de la médecine pourrait être à trois degrés :

— l'enseignement préparatoire au doctorat, comportant six années, comme aujourd'hui,

— un enseignement supérieur offert à ceux qui aujourd'hui font les concours d'internat et où la médecine générale et les spécialités trouveraient des programmes plus fouillés (3 ans),

— l'enseignement en vue de la recherche, donné dans des instituts aménagés à cet effet et d'où sortiraient le personnel enseignant, le personnel hospitalier et les servants de la Science pure (3 ans).

Accès aux Facultés

Trois conditions :

— le baccalauréat (P. C. B. supprimé) ;

— un examen d'aptitude physique (radio pulmonaire obligatoire),

— un examen d'entrée ou peut être un concours si le « numerus clausus » est adopté.

Examen éliminatoire à la fin de la première ou de la deuxième année.

Enseignement préparatoire au doctorat

C'est la discipline de base par laquelle passent au même titre tous les étudiants en médecine. Au cours de ces six ans aucun concours n'intervient pour former prématurément des castes qui tendent à se séparer de plus en plus et pour perpétuer le fâcheux dualisme Faculté-hôpitaux.

C'est à l'esprit d'observation qu'il est fait appel par dessus tout, car le médecin doit être un observateur et non un récitant, il doit fonder son diagnostic sur des impressions directes et non d'après la suggestion de sa mémoire.

Pour aborder fructueusement l'étude de l'homme malade, il faut d'abord savoir ce qu'est l'homme normal, au moral comme au physique.

Deux années seraient donc consacrées à l'étude de l'homme bien portant (aspects anatomiques et physiologiques de l'enfant aux divers âges, de l'adulte, du vieillard, de la femme

enceinte — études de biologie générale pour situer l'homme à sa place dans le monde vivant, comportant des notions de physique, et surtout de chimie biologique). Bref étude de l'aspect et du fonctionnement de l'organisme et des divers appareils, dans les diverses circonstances de leur évolution.

Les deux années suivantes, vouées à l'homme pathologique, comporteraient l'étude des causes des maladies (microbiologie, parasitologie), de leurs modes de constitution (physiologie et anatomie pathologiques, médecine expérimentale), de la symptomatologie et des grandes lignes de la thérapeutique, le tout centré sur ce que tout praticien doit savoir, sur ce qu'il va rencontrer dès ses premiers pas, et élimination faite des raretés dont les cas se comptent.

A quel moment commencer la fréquentations de l'hôpital ? Logiquement, elle devrait commencer en même temps que l'étude théorique des maladies. Mais la médecine française doit tellement à l'hôpital que cet ajournement de tout contact avec la clinique est peu souhaitable.

Quel rôle hospitalier attribuer au néophyte ? Les deux premières années ne pourraient-elles comporter à tout le moins un enseignement de pure pratique : façons de manier un malade, piqûres, ventouses, pointes de feu, plâtre, etc.

Ensuite ce serait le rôle actuellement dévolu à l'externe, afin de l'entraîner à la prise correcte d'une observation. Il fréquenterait d'abord les consultations externes des hôpitaux où défilent chaque matin de nombreux malades et où se rencontrent les petites maladies et les grandes à leur début. En somme dressage de diagnostic courant et d'ordonnances concises. De plus, stage obligatoire dans les services d'urgences nocturnes.

Dans les services de médecine et de chirurgie générale, les étudiants seraient groupés en petites équipes sous la direction de l'un des membres de l'état-major (interne, chef de clinique).

Un passage devrait être prévu (et c'est en quoi ces deux premières années effectives d'hôpital, seraient peut-être insuffisantes) dans les services orientés : cardiologie, neurologie, dermato-syphiligraphie, orthopédie, etc.).

Enfin aux 5e et 6e années seraient réservées tant à la Faculté qu'à l'hôpital, la médecine et la chirurgie infantile, l'obstétrique et une pratique sommaire des diverses spécialités, telle que peut en avoir besoin le praticien.

Ces deux dernières années ne devraient pas s'achever sans que l'étudiant eut pris contact avec la médecine sociale et la médecine préventive, la médecine d'usine et la déontologie.

Il est à remarquer que les stages hospitaliers de ces deux dernières années pourraient s'effectuer hors de la ville universitaire, dans des hôpitaux agréés et même remplacés par des stages chez certains praticiens agréés eux aussi. C'est affaire de modalités à trouver d'accord avec les exigences de l'enseignement théorique.

En fin de scolarité, un véritable remplacement de médecin praticien pourrait être prévu, en conjuguant cette organisation avec celle de cours post-scolaires destinés aux médecins en exercice.

Maintient-on la formalité de la thèse ? Elle est coûteuse et le plus souvent assez dépourvue de sens. Peut-être un examen avec remise publique des diplômes aurait-il la même vertu de solennité décorative.

Au cours de ces six ans, les examens devraient être fréquents, et les échecs sanctionnés par des éliminations (avec admission d'un ou deux échecs successifs.)

Enseignement supérieur

Il n'attribue aucun diplôme spécial et ne crée pas une catégorie de médecins de première classe. C'est un second degré représentant ce qu'est dès maintenant la préparation aux divers concours et où se forment les candidats aux fonctions universitaires ou hospitaliers et les spécialistes qualifiés.

Ici, il convient de laisser aux programmes d'enseignement, une grande souplesse et de concevoir qu'ils puissent varier d'une Faculté à l'autre. Telle faculté, parce qu'elle possède parmi son corps enseignant, une personnalité hors de pair peut fort bien être le siège unique d'un enseignement. Aux étudiants que cet enseignement intéresse d'aller le chercher où il se trouve.

On peut dire qu'en principe, l'enseignement supérieur comporterait une part de théorie et une part de recherches originales.

C'est par cet enseignement que seraient formés les internes nommés à la suite d'un concours n'exigeant aucune préparation livresque. Etant déjà docteurs, ils feraient plutôt fonction d'assistants résidents, vivant à l'hôpital, et ne pratiquant pas la clientèle.

Enseignement en vue de la recherche

Il se donne dans des Instituts que chaque Faculté organise et qui sont voués l'un à la médecine, l'autre à la chirurgie et le troisième aux sciences non cliniques. Ici aussi la diversité est souhaitable entre facultés : que chacune donne son faisceau lumineux à sa couleur et recrute à sa guise par tout le pays les hommes qui doivent lui donner sa personnalité.

Dans ces instituts règne l'esprit expérimental. Il convient qu'ils soient peu nombreux, mais impeccablement équipés et capables de satisfaire à toutes les nécessités que comporte une recherche de longue haleine.

Afin qu'ils ne deviennent pas des chapelles à l'atmosphère recluse, des bourses de voyage accordées à titre de récompense seraient attribuées à certains élèves pour aller prendre contact avec les savants étrangers.

Ce sont les pépinières où se recruteront les professeurs et les médecins chirurgiens des hôpitaux de villes de Faculté ou d'Ecole.

* * *

La réforme à envisager ne porte pas seulement sur les programmes d'enseignement, mais aussi sur le personnel enseignant.

On ne peut prétendre que le mode de recrute-

ment actuel favorise les petits clans sournoisement rivaux, l'arrivisme, mesquinement ambitieux, le népotisme, la servilité et qu'aucun esprit original ne peut se dépêtrer d'un tel maquis.

Il faut donc admettre que la nomination des professeurs puisse se faire par appel, dans la France entière, à l'intérieur du corps universitaire ou hors de lui. Un praticien qui s'est distingué par ses travaux doit pouvoir professer : n'oublions pas que de nos jours encore un Duchenne de Boulogne, s'il s'en trouvait un, se heurterait au même ostracisme.

Il est souhaitable en outre que l'étanchéité disparaisse entre les diverses Facultés et que s'instaure une intercirculation permettant au meilleur, où qu'il se trouve, d'émerger et de donner sa mesure.

Enfin, il n'est pas indispensable que la gamme des chaires soit univoque. Les conditions locales postulent l'établissement de certaines chaires qui n'ont que faire ailleurs (ainsi de la médecine coloniale et tropicale à Marseille, Bordeaux et Alger).

Le nombre des chaires magistrales pourrait être réduit sans inconvénient ; certains enseignements élémentaires des deux premières années seraient judicieusement attribués aux agrégés actuels en attendant la nomination, le concours d'agrégation devant être supprimé, de maîtres de conférences choisis parmi les docteurs ayant suivi le cycle d'études supérieures.

Enfin, d'autres points auraient encore à être envisagés, tels que le maintien ou la suppression des écoles de médecine (qui, pour beaucoup de raisons méritent de vivre), la fixation ou non chaque année par l'Etat du nombre de candidats à admettre dans les Facultés, le caractère obligatoire ou facultatif de l'enseignement post-scolaire et les modes possibles de réalisation, la liberté laissée ou non au personnel enseignant de faire de la clientèle.

***

La réforme, on le voit, serait ample, profonde, presque révolutionnaire. A cette échelle, elle touche non seulement au fonctionnement des Facultés, mais aussi à l'exercice de la profession. Si, par exemple, l'enseignement post-scolaire devenait obligatoire à certains intervalles fixés avec remplacement prévu des praticiens touchés par cette obligation par des étudiants arrivant au terme de leurs études, on voit à quel point cette seule question troublerait les conditions de la pratique actuelle.

Aussi n'est-il pas souhaitable qu'une Commission, si bien sélectionnée soit-elle, prenne sur elle seule une si importante initiative et un risque si grand. Il y a tout intérêt pour elle et pour tous, une fois son plan mis sur pied et dûment commenté, à prendre l'avis des conseils départementaux actuels ou des futurs collèges. A certains égards, cet avis de praticiens au contact des réalités quotidiennes peut éclairer utilement les autorités chargées de la décision.

Au reste, une organisation corporative réelle ne se conçoit que dans une collaboration unanime facilitée par des échanges de vues aussi larges et fréquents que possible.

En prévision de cette consultation, le présent exposé n'ambitionne que de servir de thème aux libres réflexions de chacun.

G. LAVALÉE.

DÉCLARATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES

Des dangers de la circulaire du 14 janvier 1941

Nos lecteurs se souviennent certainement du texte de cette Circulaire ministérielle publiée dans notre numéro du 27 avril 1941 et des commentaires dont nous l'avons accompagnée. Au surplus, elle leur a été communiquée par les soins de la Préfecture de leur département, avec injonction d'y obtempérer.

Nous leur avons recommandé la plus grande prudence, notamment dans le rôle de policiers que l'on voulait leur faire jouer. Cette mise en garde, nous l'avons renouvelée dans nos « Echos » du 26 avril 1942, à l'occasion d'un communiqué imprudent du Conseil départemental de la Seine, publié dans notre numéro du 8 mars 1942. Nous tirions argument, entre autres, d'une histoire savoureuse qui circulait dans les milieux hospitaliers et que, toujours méfiants par scrupule professionnel, nous pensions un peu enjolivée. Or, c'était une histoire vraie, si vraie que l'Académie de médecine elle-même, dans sa séance du 28 juillet 1942, s'en est saisie, sur le rapport qui lui a été présenté par le Docteur G. MILIAN, au nom de la Commission des maladies vénériennes. En voici le bref résumé

Le Docteur K... est consulté pour une affection vénérienne par le sieur G... qui accuse Mlle C... d'être l'auteur de la contamination. Le Docteur K... convoque celle-ci à son cabinet pour examen. *Elle vient*, reconnaît verbalement ses rapports avec le sieur G... Le Docteur K... la congédie *sans l'avoir examinée*. Il adresse ensuite au Préfet de police la déclaration demandée par la Circulaire du 14 janvier désignant Mlle C... comme agent contaminateur. Convocation de celle-ci à la « Tour-Pointue », lieu de visite des prostituées ; puis examen, à la suite duquel elle est reconnue saine. Mlle C... attaque alors, devant le Juge de paix du IXe arrond. de Paris, en dommages-intérêts le Dr K... et le sieur G....

A la date du 13 mars 1942, le Juge de paix condamne G... à 4.500 francs, et le Dr K... à 10.000 fr. de dommages-intérêts. Les motifs de la condamnation du médecin nous intéressent seuls. Le Juge a déclaré qu'en dénonçant la demoiselle C... sur la simple déclaration de son *client et ami* G... et sans avoir pris soin d'examiner la prétendue contaminatrice, le Dr K... avait commis une faute engageant sa responsabilité, alors que rien *dans la législation sur les maladies vénériennes et notamment dans le décret-loi du* 29 *novembre* 1939 ne le contraignait à agir ainsi.

Le jugement relève d'ailleurs que la demoiselle C... était parfaitement honorable, vivait du produit d'un travail honnête, qu'elle avait eu avec G... une liaison durable et n'avait cédé aux assiduités de celui-ci qu'après une longue résistance...

La sévérité de cette décision s'explique par les circonstances de fait. A tort ou à raison, le Juge a pu penser que Mlle C... avait été victime d'une machination dont le Dr K... fut le complice conscient ou

inconscient. Mais il importe de souligner que si la légèreté du Docteur K... avait été moindre et s'il n'avait dénoncé Mlle C... qu' à la suite du refus de celle-ci de se rendre à sa convocation, *les conséquences auraient été les mêmes.* En effet, le Juge n'aurait pu faire autrement que de constater qu'en dénonçant à l'autorité sanitaire une personne soupçonnée à tort d'être agent contaminateur, sans pouvoir exciper d'*une obligation légale*, le médecin avait commis une faute. *Elles l'auraient été encore, même si la personne dénoncée avait été trouvée effectivement contaminée.*

Relisons en effet le texte de l'art. 2 du décret-loi du 28 novembre 1939 « *Tout médecin, s'il constate qu'un malade de l'un ou de l'autre sexe atteint d'ac- « cidents vénériens contagieux expose un ou plusieurs « individus à la communication de la maladie dont il « est atteint, est autorisé à prévenir l'autorité sanitaire « de l'imprudence nocive commise par ce malade. Le « médecin, usant de cette faculté, ne peut en aucune « manière être mis en cause par l'autorité sanitaire ou « contraint de déposer en justice sur le fait de la mala- « die* ».

Il faut donc que le médecin ait *constaté* qu'un *malade* (examiné et soigné par lui) fasse courir par son refus de se soigner ou pour toute autre raison des *dangers spéciaux* de contamination pour qu'il soit autorisé à le dénoncer. Il n'est, en aucune façon, question de désigner l'agent contaminateur de son client. « Mais il y a la Circulaire du 14 janvier » dira-t-on ! Une Circulaire n'est pas une loi et n'a qu'une valeur purement officieuse et indicative. En cas de litige, le Juge qui n'est lié que par la loi, ne peut qu'écarter une Circulaire ministérielle et c'est ce qu'a fait le Juge de paix du IXe arrond. devant qui, il n'en faut pas douter, le Docteur K... a dû invoquer la fameuse Circulaire.

Répétons donc une fois de plus ce que nous avons dit. La Circulaire du 14 janvier 1941 est *illégale* dans la mesure où elle tend à imposer au médecin l'établissement de la *fiche de renseignements* du modèle publié par nous. Elle est d'autant plus dangereuse qu'elle enjoint au médecin d'adresser cette fiche dans les 24 heures « *dans tous les cas, et si imprécis que puis- « sent être les renseignements obtenus* ». Si le médecin devait obéir les yeux fermés à une telle Circulaire, les affaires comme celle qui nous retient aujourd'hui pulluleraient.

Quelle solution pratique adopter ? L'Académie de médecine, soucieuse d'assurer la prophylaxie antivénérienne, a émis le vœu que la Circulaire ministérielle du 14 janvier 1941, « *excellente en son principe, soit transformée en décret-loi* » et qu'il soit expressément prévu dans son texte « *qu'un médecin ayant désigné à l'autorité sanitaire une personne suspecte d'avoir transmis une maladie vénérienne ne puisse être, ni traduit en justice, ni appelé à déposer.* « Autrement dit, l'Académie souhaite, pour le cas de dénonciation du contaminateur supposé, une disposition jumelle de celle prévue par l'art. 2 du décret-loi du 20 novembre 1939 pour le cas de désignation du malade dangereux et indiscipliné. Nous ne pouvons que nous associer à ce vœu en rappelant que nous l'avons formulé nous aussi, voici déjà plusieurs mois.

Puisse le jugement du 13 mars 1942 démontrer au législateur que les dangers suscités au médecin par la fameuse Circulaire ne sont pas imaginaires et forgés pour les besoins d'un débat de doctrine, plus ou moins périmé dans les circonstances présentes. Ces dangers existent. Un incident vient de se produire, d'autres peuvent surgir. Le médecin qui, de grand cœur, donne son concours à la préservation de l'intégrité sanitaire du pays, a droit à ce que, ce faisant, tout risque pénal ou civil soit écarté de lui.

Il en va de cette question comme de celle de la *déclaration des causes de décès.* Les Circulaires des 1er janvier 1937 et 1er juillet 1941, l'art. 48 du Code de déontologie lui-même sont d'une *illégalité aussi patente* et présentent autant de dangers que la Circulaire du 14 janvier 1941. Comme pour celle-ci, nous demandons que si les déclarations de causes de décès doivent être imposées aux médecins , un texte de loi les mette à couvert des conséquences de l'art. 38 du Code pénal.

Puisque le ministre de la Santé publique aujourd'hui, est investi des pouvoirs les plus étendus pour la sauvegarde de la santé du pays, (loi du 17 juillet 1942), il obtiendra très facilement nous l'espérons de ses différents collègues intéressés la promulgation d'une loi ou d'un décret-loi donnant satisfaction aux médecins sur ces deux points essentiels de leur activité.

Jusqu'à la promulgation de ce texte, les Circulaires dont nous venons de dire qu'elles sont illégales — ce qui vient d'être prouvé judiciairement — ne doivent être tenues par les médecins que comme des indications officieuses, et n'être suivies qu'avec la plus grande prudence.

Pierre DOURIEZ.

L'EDUCATION GÉNÉRALE DE L'ÉTUDIANT EN MÉDECINE

LE MONDE MODERNE ET LE MÉDECIN

Dans ce travail sur les études médicales, le premier chapitre, consacré à l'éducation générale de l'étudiant, est précédé de ces quelques considérations sur l'évolution du monde moderne et le rôle social du médecin.

Nous sommes aujourd'hui en pleine période de transformation. Hier, le monde occidental était en voie de dissolution ; nous assistions à la mort de nos plus anciennes vertus. Les causes de cette décomposition étaient multiples, mais elles se rattachaient toutes à une rupture d'équilibre entre notre individualisme et notre besoin d'unité. L'individualisme est en nous la manifestation de cette force qui dirige les êtres vers l'existence, vers le monde sensible, le monde de la différenciation. Mais il y a en nous une autre force qui nous fait revenir sur l'essence de notre être et nous fait découvrir au fond de nous-mêmes, par un acte d'intuition, l'unité fondamentale et l'union des êtres entre eux. Ces deux forces sont complémentaires : force d'extension et force de tension. Inséparables l'une de l'autre, elles s'engendrent mutuellement.

Depuis le XIIe siècle, l'Occident a vu fleurir, sur ses terre d'élection, des sociétés humaines dirigées par ces forces. Dans le monde médiéval, la société et l'individu formaient un tout indivis et la philosophie oscillait entre le monde intelligible et le monde sensible, entre le domaine où il convient d'employer le principe de perfection, et celui qu'il faut réserver au principe de causalité.

Le médecin se réclamait donc à la fois de l'un et de l'autre de ces principes et il y avait en lui, souvent, plus de charité que de savoir. Mais après la Renaissance, l'individu voulut se détacher et courir toutes les aventures du cœur et de l'esprit. Alors ce fut une époque féconde pour les sciences et pour les arts, et la médecine fit de grands progrès. Mais l'équilibre des forces devint infiniment instable jusqu'au jour où la rupture se produisit.

L'histoire des civilisations nous montre cette pré-

pondérance que prennent à certaines époques les puissances d'individuation et les cataclysmes qui s'en suivent et qui sont peut-être nécessaires aux rénovations humaines.

L'homme moderne se trouve donc engagé dans des voies divergentes et sans issues, d'une part étouffé par un rationalisme générateur de dogmes étroits, par un esprit critique négateur de toute doctrine de vie et aboutissant à un pur verbalisme ; et d'autre part, sollicité par l'ineffable, l'incantation, l'inconscient la magie, par un mysticisme naturiste, créateur de religions vagues. Il y eut opposition entre l'individu et la société, l'individu voulant s'enfermer en lui-même et la société voulant l'annihiler.

Le médecin se trouva tiraillé en sens contraire, aussi bien sur le plan intellectuel que sur le plan social. Une médecine officielle devenant chaque jour plus intellectuelle, plus scientifique, plus théorique, et, d'autre part, une médecine magique faisant appel aux forces occultes. Un médecin praticien de plus en plus préoccupé par ses intérêts personnels, et d'autre part, une médecine sociale faisant fi de l'individu.

Le monde moderne avait perdu son équilibre. Mais si la surface craquait de toutes parts, on sentait s'agiter dans les profondeurs de l'âme populaire, les vertus éternelles de l'Occident. Si les philosophes, les savants, les artistes, les écrivains et aussi des clercs s'étaient éloignés des sources de la vie, si les classes dirigeantes avaient abdiqué, les sociétés humaines, dans leurs couches profondes éprouvaient un irrésistible besoin d'unité.

Alors devait naître le grand conflit d'aujourd'hui entre le mort et le vivant, et ce conflit comporte deux solutions : l'unité par la guerre ou l'unité par l'amour.

L'homme du XXe siècle, en présence d'un tel drame, doit se ressaisir et retrouver son équilibre. Or, cet équilibre, il ne pourra le retrouver que par l'union, par la communion, qui est connaissance et aussi compassion.

L'homme trouve dans son prochain son complément. Il y a chez lui un manque, une incomplétude, il y a en lui une duplicité profonde, et un besoin naturel d'aller vers l'autre, de s'unir à l'autre, d'être deux en un. La personne humaine est née du jour où l'homme s'est rapproché de l'homme, le jour où il a pris conscience des rapports qui unissent l'individu, principe de différenciation, et la société, principe d'union, et ce jour-là est née la Communauté.

La Communauté est un lien qui unit les personnes et qui leur permet de prendre toujours une conscience plus nette de leur unité. Elle maintient l'équilibre entre les forces d'individuation et celles d'union et favorise le développement des unes aussi bien que celui des autres. La Communauté protège l'individu et la société. Elle demande à la société de respecter l'individu, de lui faciliter son libre développement et à l'individu de se donner à la société. S'il n'y avait en présence que ces deux termes : individu et société, sans irruption dans la conscience du rapport organique qui les unit, il y aurait lutte entre eux. Et si cette conscience qui est la personne n'était pas unie à d'autres consciences par le lien communautaire, elle n'aurait aucune force et sa voix serait étouffée aussi bien par l'individualisme que par l'étatisme.

La Communauté est principe d'harmonie et de liberté, mais aussi de puissance et d'autorité, elle est immanente aux personnes, mais transcendante par rapport aux individus et aux sociétés. Dans son sein, nous pourrons retrouver une nouvelle sagesse à la mesure du XXe siècle et qui donnera à notre corps, hypertrophié par la machine, un « complément d'âme ». La vie pourra se dilater, la volonté de puissance s'exprimer, la raison parler en maîtresse et en même temps le cœur aller vers sa source. Il n'y aura plus d'antagonisme ou de compromis entre l'individu et la Société, mais au contraire une union féconde, et le problème de la justice pourra trouver sa solution dans cette conscience des rapports, dans cette connaissance des lois qui régissent la vie des êtres vivants leur évolution et leur involution et qui proclament que tout organisme est d'autant plus un qu'il est plus différencié.

Le médecin est appelé à jouer un rôle considérable, comme membre de la Communauté humaine. Homme de science, il doit connaître les mécanismes biologiques les plus subtils et d'autre part, il est chargé comme médecin, non seulement de préserver les hommes de la maladie et de les guérir, mais aussi de donner à leur vie individuelle le maximum d'expansivité, de différenciation et à la vie collective la plus grande stabilité. Le médecin se trouve donc en contact permanent avec ses semblables et ce contact est si intime, il pénètre si avant dans les secrets corporels et spirituels que son action dépasse l'individuel et le social et se rattache aux fonctions sacerdotales dévolues à la Communauté tout entière.

Le médecin ne pourra plus s'enfermer dans ses intérêts particuliers, ou défendre les intérêts anonymes de la collectivité, mais bien ceux des personnes atteintes dans leur chair et dans leur âme. Et son éducation devra s'élargir, embrasser cette nouvelle réalité. Pour saisir les mystères de la vie, il est nécessaire que l'être vivant qu'il observe lui livre ses secrets, et pour cela, il doit pénétrer dans ce vivant, vivre sa vie, souffrir avec lui. Tel est le sens caché du mot connaissance qui est aussi une sympathie, une compassion. « Souffrir avec, et se réjouir avec » tel est le principe de perfection que le médecin saura allier au principe de causalité.

Le médecin sera donc l'humaniste parfait et sa profession une profession essentiellement communautaire.

Dr H. BIANCANI.

BALZAC A DIT.....

Balzac, ce géant de la pensée, a dit il y a juste un siècle :

« Qu'est-ce que la France de 1840 ? un pays d'intérêts matériels, sans patriotisme, sans conscience ; où le pouvoir est sans force ; où l'élection, fruit du libre arbitre et de la liberté politique, n'élève que les médiocrités ; où la force brutale est devenue nécessaire contre les violences populaires et où la discussion, étendue aux moindres choses, étouffe toute action du corps politique ; où l'argent domine toutes les questions et où l'individualisme, produit horrible de la division à l'infini des héritages qui supprime la famille, dévorera tout, même la nation que l'égoïsme livrera un jour à l'invasion..... »

Ces lignes sont tirées de l'introduction d'un ouvrage de Balzac intitulé : « Etudes philosophiques sur Catherine de Médicis. » J'ai pensé intéressant de les rapporter ici comme un tableau prophétique de notre pauvre France d'avant-guerre...

Dr Fernand DECOURT.

A TRAVERS L'OFFICIEL *(Suite)*

membres de l'Académie de médecine, *vice-présidents* Dr BRIAU, ancien directeur de bureau d'hygiène, *secrétaire* ; Dr BIANQUIS, LE BOURDELLES, MELNOTTE, directeurs régionaux de la Santé ; MM. BARTHE, secrétaire général de la Société médicale des hygiénistes du travail et de l'industrie ; BOIVIN, membre de l'Académie de médecine ; BONNET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; BOULANGER, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille ; COUVELAIRE, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Paris ; DEQUIDT, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur ; DESCOMPS (Paul), médecin des hôpitaux de Paris ; DUJARRIC DE LA RIVIERE, secrétaire général de l'Institut Pasteur ; P. GODLEWSKI, ancien interne des hôpitaux de Paris ; HAUDUROY, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris ; LECLERC, doyen de la Faculté de médecine de Lille ; LEMOIGNE, professeur à l'Institut Pasteur ; MACHEBŒUF, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, détaché à l'Institut Pasteur ; MAZEL, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; MOURIQUAND, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; PRIEUR, ancien interne des hôpitaux de Paris ; SANTENOISE, professeur à la Faculté de médecine de Nancy, détaché à l'Institut Pasteur ; RAMON, membre de l'Académie de médecine (*J. O.*, 10 octobre 1942).

Arrêté du 9 octobre 1942 nommant les membres du Conseil permanent d'hygiène sociale

(Extraits)

Pr. BEZANÇON (Fernand), membre de l'Académie de médecine ; Dr Pierre BIANQUIS ; Dr BOUCOMONT, chargé des fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; Dr BROUARDEL, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux ; Pr. Jean CATHALA, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Dr Robert CLÉMENT, médecin des hôpitaux de Paris ; Dr COURCOUX, membre de l'Académie de médecine, médecin des hôpitaux de Paris ; Pr. COURMONT, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Lyon ; Dr DEGOS, médecin des hôpitaux de Paris ; Dr DELAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; Dr DELORE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon ; Dr DEROBERT, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris ; Dr DOUADY, médecin directeur du sanatorium des étudiants de Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) ; Dr DUVOIR, professeur à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux ; Dr EVROT, directeur général du comité national de défense contre la tuberculose ; Dr FEVRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux ; Pr. GATÉ, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Dr GODLEWSKI ; Dr Georges HEUYER, médecin des hôpitaux de Paris ; Dr Julien HUBER, médecin de l'hôpital Hérold ; Dr LACASSAGNE, directeur de l'Institut du radium, professeur au Collège de France ; Pr. Roger LEROUX, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Dr LESNÉ, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux ; Pr. MARGAROT, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Dr R. MARQUEZY, médecin des hôpitaux de Paris ; Dr André MAURER, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Dr Robert MONOD, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Pr. PAUTRIER, professeur à la Faculté de médecine ; Dr Lucien PERIN, médecin chef de Saint-Lazare ; Dr PERON, médecin des hôpitaux de Paris ; Dr Jean RAVINA, accoucheur



des hôpitaux ; Dr Rist, membre de l'Académie de médecine, médecin honoraire des hôpitaux ; Dr Rongier, professeur de clinique obstétricale à l'école de médecine de Clermont ; Pr. Roussy, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Dr Roux-Berger, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Dr Etienne Sorel, chirurgien des hôpitaux de Paris ; Pr. Tanon, membre de l'Académie de médecine ; Dr Arthur Vernes, directeur de l'Institut prophylactique ; Dr Vernier, médecin chef des services antivénériens du département de Seine-et-Oise ; Dr Vignes, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, accoucheur des hôpitaux ; MM. Mouriquand, Fruhinsholz, Troisier, Leveuf, Gougerot, Santy, Strohl, Laignel-Lavastine, Parisot, professeurs de Facultés. (*J. O.*, 10 octobre 1942).

Santé publique

Loi du 15 octobre 1942 relative à l'organisation de la direction régionale de la Santé et de l'assistance à Paris

Art. 1er. — Les fonctions de directeur régional de la Santé et de l'Assistance à Paris sont exercées par le directeur général de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris.

Art. 2. — Dans l'exercice de ses fonctions, le directeur général de la Santé et de l'Assistance à Paris est assisté d'un secrétaire général qui porte le titre de « secrétaire général de la Santé et de l'Assistance à Paris ». A cet effet, un emploi de directeur régional, créé par la loi du 18 septembre 1940, est transformé en emploi de secrétaire général auquel sera attaché le traitement prévu, en faveur des directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance.

(*J. O.*, 20 octobre 1942.)

ÉCHOS & COMMENTAIRES

La réforme fiscale. — Les listes de candidats aux Conseils des collèges. — La formule « Niortaise » à l'ordre du jour après la mort de son créateur. — Protection maternelle et infantile. — Limitation du nombre des étudiants en médecine.

On connaît maintenant en détail les projets de réforme de la cédule des professions libérales : institution *en principe du régime du forfait*, avec possibilité *d'option* pour la déclaration du bénéfice *réel* — validité du *forfait* pour *deux années*, avec possibilité de *dénonciation tous les ans* de part et d'autre — déclaration annuelle limitée dans le cas du forfait, à de simples *éléments d'appréciation professionnelle* — *suppression du carnet de reçus* et de *l'inscription* des honoraires sur les feuilles d'Assurances sociales.

En cas de difficultés entre le contrôleur et le contribuable, soit sur l'établissement du forfait, soit sur le montant du bénéfice réel, le premier échelon de la procédure officielle est la *préconciliation* par un membre du Conseil régional de l'ordre.

Enfin, la *Commission de taxation* devient paritaire avec *quatre* membres « professionnels » au lieu d'un antérieurement.

Ces deux dernières réformes que nous avions nous-même réclamées nous semblent encore incomplètes.

En premier lieu, nous espérons que, tout étant désormais organisé pour serrer au plus près le revenu du médecin avec pratiquement la même sécurité que celui du salarié, le *taux* de la cédule des bénéfices non commerciaux équivaudra à celui des « traitements et

salaires ». Il est, en effet, inadmissible que le fait pour un médecin de 35 ans, marié, ayant une situation moyenne, de déclarer son bénéfice exact, le conduise à payer, à titre d'impôts directs (patente et taxe accessoire comprises) près du *tiers* du revenu de son travail.

Par ailleurs, il serait nécessaire de réformer complètement *la procédure* de rehaussement des déclarations, qui a donné lieu à de nombreux abus. Ainsi que nous l'exposions dans un article le 9 février 1941, nous réclamons au minimum : la *communication des dossiers* du contribuable devant la Commission et la fin du régime du dossier secret — des décisions *motivées* de manière précise — le *contrôle* de la régularité de la procédure par le Conseil de Préfecture avec comme conséquence, en cas d'irrégularité, le retournement de la charge de la preuve.

En dernier lieu, si l'on ne peut obtenir la suppression complète du livre-journal (maintenu même pour les « forfaits » dans la réforme projetée), qu'on le rende au moins utile en lui donnant *force probante*.

Notons enfin qu'on ne doit pas confondre le forfait projeté avec celui que préconisait le Conseil supérieur. Ce dernier devait s'appliquer aux frais déductibles et non au bénéfice taxable. Cumulant les inconvénients, cette solution peu heureuse méritait les critiques que le Docteur Humbel lui a adressées et qui ne s'adressait qu'à elle.

***

La loi du 10 septembre 1942 a donné le jour à un nouvel ordre des médecins. Il reste maintenant à trouver les hommes. On sait que le Secrétaire d'Etat à la Santé est chargé de désigner les candidats à présenter aux suffrages du Corps médical. De quelle manière son choix va-t-il s'exercer ?

Nous croyons savoir qu'une première liste de quatre noms par siège serait demandée aux Conseils départementaux encore en fonction.

Une seconde liste serait actuellement en cours d'établissement par les soins des directions régionales à la Santé.

De la fusion de ces deux listes naîtra donc, en principe, l'élite professionnelle de demain.

***

Une loi du 21 décembre 1941 a, on le sait, réformé le régime légal des hôpitaux publics. Comme le décret-loi du 29 juillet 1939 qui la précéda dans la voie des réformes, elle ne constitue encore qu'un texte de principe ; mais il est fortement question cette fois-ci de « sortir » le règlement d'administration publique, dont l'absence fit du décret-loi de 1939 un texte mort-né. Un avant projet de règlement établi par le Secrétariat à la Santé serait actuellement à l'étude au Conseil d'Etat.

On se rappelle sans doute qu'une interwiew du Docteur HUARD avait fait connaître que la nouvelle organisation hospitalière s'inspirerait notablement, de la formule « niortaise » : hôpital « toutes classes » avec pavillons pour malades-payants ouverts à tous les médecins. Il est à espérer que la rédaction actuelle du règlement d'application ne trahira pas d'aussi bonnes intentions.

Par une coïncidence curieuse, au moment où les conceptions niortaises hospitalières sont ainsi à l'ordre du jour, nous devons déplorer la disparition de leur auteur, le Docteur J.-G. RENON. C'est donc avec un particulier intérêt que nous avons pris connaissance du dernier numéro de « Charentes et Poitou » (juillet-août 1942) entièrement consacré à retracer la vie et l'œuvre de ce grand animateur de la vie

professionnelle. Il faut lire les deux chapitres « L'Hospitalier » et le « Syndicaliste » qui font revivre RENON bâtisseur et organisateur démontrant « en marchant » la vitalité d'une formule que d'aucuns qualifiaient d'utopie, RENON, président de syndicat, prouvant que la défense d'une profession n'est pas forcément un acte antisocial.

Plus que des textes ou des flots d'éloquence, il faudrait, pour que la Corporation qui naît prenne force et vigueur, des hommes de cette trempe dans tous ses Conseils.

***

Quelques textes élaborés par la Santé publique sont sur le point de voir le jour.

L'un d'eux rendrait obligatoire l'examen prénuptial.

Un autre obligerait les futures mères à se soumettre à deux examens médicaux au cours de leur grossesse.

Enfin, chaque nourrisson serait doté d'un carnet de santé dans lequel seraient consignés les résultats de la surveillance médicale à laquelle tout enfant sera désormais tenu jusqu'à l'âge de 6 ans.

En contre partie de ces diverses obligations, les primes d'allaitement et d'allocations aux familles seraient majorées.

***

Une loi parue au *Journal officiel* du 27 octobre vient d'instituer officiellement le « numerus clausus » dans les études médicales. Le secrétaire d'Etat à l'Education Nationale, après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins et du secrétariat d'Etat à la Santé, arrêtera chaque année le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription en vue du diplôme de docteur en médecine dans chaque Ecole ou Faculté.

Les motifs de cette mesure sont ainsi développés par une note qui nous est transmise par le Conseil supérieur de l'Ordre :

« Certes, il y a une première raison à la limitation : « l'ascension verticale du nombre dans ces dernières « années. Il y avait 1.653 étudiants de première « année en 1937. Il y en eut 2.610 en 1941. On en « annonce plus de 3.000 en 1942, et il n'y a presque « plus d'israélites, presque plus d'étrangers, plus « d'Alsaciens et de Lorrains.

« Mais il y a aussi un autre motif à la limitation. « Les Facultés sont devenues le dépotoir des médiocres et des ratés. Ceux qui ratent leurs examens « d'entrée là où il y en a, viennent se réfugier dans les « Facultés, assurés d'arriver au doctorat. Un exemple : les refusés des écoles vétérinaires deviennent « médecins.

« Or, les devoirs normaux qui attendent les médecins dans la Société de demain, la complexité des « matières à enseigner et à connaître, exigent un certain niveau intellectuel et l'exercice professionnel « demande un certain niveau moral. Il y a là des « motifs pressants de faire une sélection.

« Il est à remarquer que tous les étudiants auxquels on a parlé de cette mesure la trouvent nécessaire, comprenant très bien qu'il ne s'agit pas de « fermer la porte au nez des jeunes, comme le dit « le Rédacteur du *Concours.* »

Les arguments invoqués ne paraissent pas démontrer qu'il faille nécessairement confondre la recherche de la qualité avec la limitation arbitraire de la quantité.

CORRESPONDANCE

4189. — L'assistance du médecin traitant à une intervention à l'hôpital

Je lis votre réponse à la question 3.592 posée dans le n° 34 du 1-IX-42 du *Concours médical*, page 724.

Or à C. les Caisses se refusent à rembourser les P. C.6 prétextant que, pour être remboursées les aides-opératoires devraient avoir lieu à domicile ou au cabinet du médecin ou du chirurgien (! ?)

L'économe de l'hôpital refuse de percevoir et de nous régler le P.C.6 auquel nous donne droit notre aide opératoire.

Comme cet état de chose dure depuis deux ans, cela fait deux ans que les médecins font des aides opératoires gratuites pour tous les malades payants ou non, puisque d'après les « nouvelles méthodes tout à fait louables » nous n'avons plus le droit de nous faire honorer directement.

Si on parle de cet état de chose au Conseil de l'Ordre on nous répond depuis deux ans que des pourparlers sont en cours...

Quelle doit être notre ligne de conduite et devons-nous en arriver à l'extrémité regrettable de refuser notre assistance opératoire pour tout malade opéré à l'hôpital ou pour tout assuré social ?

Sont-ce là les nouvelles méthodes tout à fait louables et est-ce à ce résultat qu'elles doivent aboutir ?

Dr R.

Réponse

Pour toute intervention de coefficient au moins égal à 40, l'assistance du médecin traitant est fixée à P. C.6 d'après la Nomenclature officielle, sans qu'il soit fait une distinction quelconque sur le lieu de ladite assistance.

Il s'ensuit que la thèse de l'hôpital n'est basée sur rien, et d'ailleurs le bon sens indique qu'il n'y a pas en l'espèce, de raison pour que cette assistance ne soit pas payée, qu'elle eut lieu à tel ou tel endroit.

Il est regrettable que votre Conseil de l'Ordre n'ait pu aboutir à rien officieusement depuis deux ans à ce sujet. Il faut donc qu'un médecin traitant lésé mette l'hôpital en demeure de porter l'affaire devant la Commission tripartite régionale. Mais auparavant, peut-être serait-il bon de consulter le Conseil national, ce que pourrait faire ce me semble, le Conseil départemental plutôt qu'un médecin isolé.

Dr F. DECOURT

5.600. — Médecine d'entreprise et dispensaire d'Assurances sociales

Pourriez-vous me faire savoir si un dispensaire agréé par les Caisses d'assurances sociales pour donner des soins médicaux à leurs assurés, est apte à prendre en charge les fonctions de médecine du travail au sein d'une entreprise, dans les termes et conditions de la loi du 28 juillet 1942 ?

Dr G.

Réponse

Pour répondre à votre question, il faut se reporter à l'art. 5 de ladite loi et éclairer son texte en se référant aux publications qui ont eu lieu antérieurement à sa promulgation sur les services médicaux d'entreprise.

L'art. 5 stipule que les médecins du travail seront choisis selon les cas par les directeurs d'établissement ou les Comités sociaux locaux intéressés qui devront aviser de leur choix les médecins inspecteurs du travail de la section correspondante et le médecin conseil de la famille de la profession.

Le choix appartient donc au chef d'entreprise dans tous les cas où son établissement est soumis à l'obligation

prévue par l'art. 3 de la loi. Au contraire, le choix appartient au Comité social dans les hypothèses prévues par l'art. 4. (service inter-entreprise).

Il faut reconnaître que cette disposition se justifie par le nécessaire climat de confiance qui doit exister entre la direction, les cadres, la main-d'œuvre de l'usine et le médecin chargé du service médico-social. Dans son livre sur le Service médical d'entreprise, le Docteur PERRET *insiste tout particulièrement sur le fait que le médecin doit faire partie de la communauté d'entreprise, laquelle dépend directement de son chef, responsable dans son ensemble de son activité.*

Il résulte de là que le médecin choisi par le chef d'entreprise n'a point à se faire agréer par le médecin inspecteur du travail ou le médecin conseil du Comité d'organisation. Le chef d'entreprise doit simplement informer ces deux autorités du choix qu'il a fait. Cependant son choix n'est pas entièrement libre. En effet, l'art. 5 « in fine » *stipule que les médecins d'entreprise doivent obtenir, avant de commencer leurs fonctions, leur inscription à l'une des Sections du Tableau de l'Ordre des médecins, institué par la loi du* 7 octobre 1940.

C'est reconnaître par là que le médecin d'entreprise exerce ce faisant la médecine et est soumis à l'autorité de l'Ordre des médecins.

Il doit en particulier conserver à l'égard de l'entreprise ou de tout autre organisme une entière indépendance technique dans l'exercice de son art et cette indépendance entraîne sa responsabilité personnelle dans l'exercice de sa mission.

Ce caractère d'indépendance et de responsabilité personnelle s'oppose absolument à ce que le service médical d'entreprise soit pris en charge par une collectivité ou une entité quelconque qui ne pourrait au reste être inscrite au Tableau de l'Ordre des médecins. Il faut une individualité, c'est-à-dire un docteur en médecine et non point un dispensaire.

Par ailleurs, le lien ainsi établi par la loi entre le médecin d'entreprise et l'Ordre des médecins entraîne une autre conséquence. Les rapports entre le médecin d'entreprise et la communauté d'entreprise sont régis par un contrat et ce contrat doit être soumis pour homologation à l'Ordre des médecins, en vertu de l'art. 67 du Code de déontologie.

A cette fin, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a établi un contrat-type qui a été publié dans le « Bulletin de l'Ordre » *d'août* 1942. *Dans ses art. 3 et 5, ledit contrat-type limite en principe les attributions d'ordre préventif et hygiénique à l'activité du médecin d'entreprise et son intervention en matière de soins est au plus celle prévue par l'art. 8 de la loi. Elle ne peut s'appliquer qu'aux maladies bénignes n'entraînant pas cessation du travail.*

Dans ces conditions, on concevrait mal que les médecins d'un dispensaire soignant les assurés sociaux exercent également les fonctions de médecins d'entreprise, car ils déborderaient largement sur le droit que la loi leur reconnaît en matière de médecine de soins et, d'autre part, n'auraient point le temps matériel nécessaire pour se consacrer à ces missions de prévention et de contrôle qui doivent rester l'essentiel du service.

Nous vous rappelons d'ailleurs la doctrine de la médecine d'entreprise telle qu'elle a été précisée par le Docteur GROS, *médecin inspecteur du Travail et le Docteur* BARTHE, *dans le numéro du* « Concours médical » *du* 1er *septembre dernier :*

« *L'esprit de la loi est celui de la médecine d'entre-*
« *prise, tel qu'il a été maintes fois défini,* médecine
« essentiellement préventive ....
« *Il est tout d'abord bien entendu que le médecin du tra-*
« *vail ne doit pas être le médecin traitant des ouvriers de*
« *l'entreprise* ....
« *Il n'est pas question de faire du médecin du travail le*
« *médecin de dispensaire d'usine, c'est-à-dire de lui*

« permettre de tout soigner. Le médecin du travail a « déjà assez à faire avec son rôle à la fois médical et « social, orienté par la prévention sans prendre en « charge par surcroît le traitement de cette collectivité « importante. De plus, il n'est pas souhaitable qu'il « fasse une large médecine « en série » avec l'automa- « tisme que lui imposerait le nombre des consultants ».

Pour en revenir au contrat-type établi par le Conseil supérieur de l'Ordre, cet article précise dans son art. 3, 10° que le contrôle des malades ou blessés par le médecin d'usine est accepté si ce contrôle ne dépend pas déjà d'un autre organisme, tel que Assurances accident du travail ou Assurances sociales.

Enfin nous pouvons nous référer également à un projet de contrat pour médecins d'usine établi par le Docteur Perret *et publié par les «*Archives des maladies professionnelles*» dans ses numéros 3 et 4 de* 1942. *Il est spécifié dans ce contrat « que le Docteur X... en tant que médecin d'entreprise s'interdit tout exercice habituel de la médecine de soins traditionnels vis-à-vis des ouvriers de l'usine et de leurs familles, aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur de celle-ci. Il ne contractera aucune relation directe et personnelle avec les ouvriers à l'occasion des soins médicaux éventuels qu'il serait amené à donner au personnel de l'entreprise (urgence, accidents du travail sans interruption du travail, maladies passagères) ».*

Pour conclure, nous pensons donc qu'une entreprise ne peut confier à un dispensaire de soins la charge d'assurer le service médical prévu par la loi du 28 juillet. Elle pourrait, par contre, s'adresser au médecin d'un dispensaire, mais il appartiendrait dans ce cas à ce dernier, de renoncer dans le contrat le liant à l'entreprise aux fonctions qu'il assume au sein de ce dispensaire, car elles sont incompatibles avec l'esprit de la loi du 23 juillet et les dispositions des contrats-types prévus en cette matière par le Conseil de l'Ordre.

3.253. — Comment vérifier si la densité de glycérine dans un radiateur est encore suffisante ?

Trois hivers consécutifs j'ai mis 1 litre de glycérine chaque fois dans mon radiateur d'auto (une Citroën traction avant 11 CV). Je n'ai jamais vidangé ce radiateur. Pour cet hiver, la glycérine est introuvable. Peut-on supposer qu'il reste assez de glycérine dans mon radiateur, pour éviter le gel, d'ailleurs moins à craindre évidemment dans notre climat girondin ?

A défaut de glycérine, je pourrais si nécessaire, ajouter de l'alcool, mais il s'évapore très vite.

Dr P.

Réponse

Vous pouvez facilement vérifier si votre liquide contient encore de la glycérine en prenant simplement sa densité.

La densité de la glycérine est de 1,26.

Pesez donc un litre du liquide qui est dans votre radiateur. Soit P le poids que vous trouverez : Le pourcentage de glycérine contenu dans ce liquide est donné par la formule suivante : (Par gramme)

$$X = \frac{P - 1.000}{2,6}$$

Par exemple, si vous avez trouvé pour le poids d'un litre 1.050 *grammes, le pourcentage de glycérine contenu est d'environ* 20 %.

H. Petit.

Gérant : J. Mignon — N° d'autorisation : **77** et **Pa 692** Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — N° 45 — MERCREDI 11 NOVEMBRE 1942

LE

CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66



SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* (Prof. Noël Fiessinger). — Conférences du dimanche, à 10 heures, à l'amphithéâtre Trousseau. Sujet des conférences : Pathologie de confins. Collaboration médico-chirurgicale. — Le 22 novembre 1942 : Hernies discales (Prof. agrégés Alajouanine et Petit Dutaillis). — Le 29 novembre 1942 : Péricardite constrictive (Dr Guy Ledoux-Lebard et prof.-agr. Patel). — Le 6 décembre 1942 : Abcès du poumon (Drs Fauvet et Mathey). — Le 13 décembre 1942 : Accidents gravido-cardiaques du rétrécissement mitral (prof.-agr. Lian et Dr Digonnet). — Le 20 décembre 1942 : Cholécystites chroniques (professeurs Fiessinger et Brocq).

— **Sorbonne.** *Cours libre sur le service social et l'assistance médico-sociale.* — M. le Docteur P.-F. Armand-Delille a commencé le 4 novembre 1942, à la Sorbonne (Amphithéâtre Edgar-Quinet), une série de conférences sur le service social et l'assistance médico-sociale. Ces conférences ont lieu le mercredi à 18 heures.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine....... **120 francs**
Étudiants.................. **80 francs**
Le Numéro........ **5 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. Rigaud est chargé provisoirement de l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine de Toulouse.

— **Faculté de médecine d'Alger.** — M. Mounier-Kuhn, agrégé, est chargé provisoirement, à compter du 1er octobre 1942 et au plus tard jusqu'au 30 septembre 1943, de l'enseignement de l'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de médecine d'Alger.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours de l'internat.* — Jury du concours de l'internat. — Anatomie : MM. Aubin, Bernard, Degos, Seillé. — Pathologie médicale : MM. Harvier, Chabrol, Rachet, Albot. — Pathologie chirurgicale : MM. Moulonguet, Petit-Dutaillis, Gérard-Marchant, Varangot.

— *Concours d'assistants en chirurgie des hôpitaux de Paris.* — Sont déclarés admissibles au concours de 1942 : MM. Poilleux, Cauchois, Billet, Beuzart, Lance, Delinotte, Roux, Léger, Mathey, Lortat-Jacob, Rouvillois, Olivier, Chevallier, Chigot, Gibert, Monsaingeon, Verne et Monod.

— **Hôpitaux de Marseille.** — *Concours de médecin et chirurgien.* — Des concours pour deux places de médecin et une place de chirurgien des hôpitaux auront lieu à Marseille les 12 et 26 janvier 1943. S'adresser à l'Administration de l'Assistance publique de Marseille, 9, rue Laffont.

— **Hôpital civil de Belfort.** — Un concours sur titres et sur épreuves sera ouvert devant la Faculté de Nancy pour le recrutement d'un électro-radiologiste à l'hôpital de Belfort.

Le registre d'inscriptions sera clos le 15 décembre 1942.

Pour tous renseignements, écrire à l'Hôpital civil de Belfort ou à la Direction régionale de la Santé à Besançon.

— **Dispensaires d'hygiène sociale de l'Hérault.** — *Postes de médecin.* — Un concours pour le recrutement de deux médecins des dispensaires d'hygiène sociale de l'Hérault aura lieu à la Préfecture de ce département le 2 décembre 1942. Les dossiers des candidats devront être déposés à la Préfecture de l'Hérault, Inspection de la Santé, avant le 25 novembre 1942.

Pour renseignements, s'adresser à M. le médecin-Inspecteur de la Santé, 16, rue de la République, à Montpellier.

— **Prix Georges Regard.** — L'Université de Genève décernera en juin 1943 un prix de mille francs suisses à l'auteur du meilleur travail se rapportant à la thérapeutique de la tuberculose ou traitant la question *Réadaptation professionnelle et sociale du tuberculeux guéri ou en voie de guérison.*

Les mémoires devront être remis à M. le Recteur de l'Université de Genève avant le 31 mars 1943. L'Université enverra sur demande le règlement relatif à ce prix.

— **Secrétariat général des anciens combattants.** — Les Docteurs en médecine de nationalité française qui désireraient apporter leur collaboration à la Commission consultative médicale du Secrétariat général des anciens combattants, sont priés d'adresser au président de cette commission, 139, rue de Bercy, à Paris (XIIe), une demande en indiquant succinctement leurs références. Tous renseignements complémentaires leur seront donnés.

Le travail demandé (étude de dossiers de pensions) peut s'effectuer à domicile.

(*Communiqué*).

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Jacques Voizot, deuxième enfant du Docteur Voizot (Lorris, Loiret, 19 octobre 1942) ; de Dominique Quenin, deuxième enfant du Docteur Quenin (Mourmelon-le-Grand, Marne, 10 octobre 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Henry Coussieu, oto-rhino-laryngologiste à Brive, père du Docteur Pierre Coussieu, de Brive (Corrèze).

— Le Docteur Pierre Ecklé fait part du décès, à l'âge de 4 mois, de sa fille Françoise (Lormes, Nièvre, 19 octobre 1942).

Le Centenaire du Professeur Albert Demons

Le 12 septembre 1842, Jean-Octave-Albert Demons naissait à Saint-Ciers-de-Canesse (Gironde).

1942... Ce serait faire preuve de la moins excusable des ingratitudes que de laisser passer sans commémoration, la date de ce centenaire.

Le Professeur Albert Demons est de ceux dont le temps ne saurait effacer la mémoire. Il ne fut pas seulement un praticien habile qui a honoré la chirurgie française, un maître à l'enseignement réputé, mais encore un fervent protagoniste du syndicalisme médical. En ce domaine son œuvre demeure vivante. La maison qui fut la sienne : *la maison Demons* où il professa durant de si longues années, où il est mort le 7 juin 1920, est aujourd'hui la *Maison du médecin.*

Fidèle confidente et exécutrice des volontés du Professeur Albert Demons, par testament du 22 sep-

tembre 1922, Madame Albert Demons a légué à la ville de Bordeaux l'immeuble situé rue du Champ-de-Mars, 15, avec différents objets qu'il renfermait, aux conditions suivantes : « le cabinet de M. Demons « restera meublé avec les meubles donnés ; la Ville de « Bordeaux conservera l'immeuble donné pour le « convertir en Musée en réservant une salle pour y « recevoir tout ce qui sera relatif à l'histoire de la « Médecine et de la Chirurgie ...

La Fondation portera le nom « Albert-Demons ».

Madame Albert Demons est décédée le 26 août 1926 et six mois après, la Ville de Bordeaux prit possession de l'immeuble et des objets mobiliers.

C'est ainsi que, par délibération du Conseil municipal de Bordeaux, en date du 24 février 1928, fut créée en cet immeuble qu'avait habité le Professeur Albert Demons, la *Maison du médecin* (1) dont l'administration fut confiée à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux seule qualifiée comme reconnue d'utilité publique « et en raison de ses travaux et de sa longue existence ».

Déjà la Ville de Bordeaux, par une délibération antérieure du Conseil municipal du 4 mars 1921, sur la proposition de M. le Professeur doyen Clément Sigalas, adjoint au maire, avait rendu un premier hommage à la mémoire d'Albert Demons en donnant le nom de *Professeur Demons* à la *rue du Champ-de-Mars* « en souvenir de ses quarante années de professorat fécond à notre Ecole de médecine, en récompense du demi-siècle de son activité chirurgicale intense et de son dévouement pour les malheureux ».

Dr E. GINESTOUS.

(1) Ne pas confondre avec la maison de retraite, (*La Maison du Médecin*) qui, depuis une trentaine d'années, a ouvert aux vieux médecins le château des Charmilles à Valenton (Seine-et-Oise).

Fédération des Associations amicales de médecins du Front

C'est à la Fédération des Associations amicales de médecins du front que revient l'honneur de *raviver la flamme sous l'Arc-de-Triomphe, le jeudi* 19 *novembre à* 18 h. 30. *Tous les médecins*, les anciens comme les jeunes, qu'ils aient appartenu ou non aux corps combattants, *tous les étudiants en médecine*, sont instamment conviés à venir nombreux sous l'Arc-de-Triomphe, le 19 novembre.

Rendez-vous directement sous l'Arc.

(*Communiqué*).

Association générale des médecins de France

Bourses familiales du Corps médical. — Le Corps médical apprendra avec gratitude la généreuse initiative du Docteur ROUSSEL.

Les dix bourses de dix mille francs créées par le Docteur Roussel et mises à la disposition de l'Association générale des médecins de France en faveur des *médecins ayant au moins cinq enfants* et des *veuves en ayant trois à leur charge* et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt, vont être distribuées pour l'année 1942.

Les demandes doivent être adressées au Siège de l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe), *pour le 1er décembre au plus tard.*

Les confrères et les veuves qui se sont déjà mis en instance devront avertir par lettre du maintien de leur candidature pour 1942.

En raison des détresses si nombreuses et si émouvantes qui frappent actuellement certaines familles médicales, le Docteur Roussel y ajoute, pour cette

année, *cinq bourses de la même valeur destinées plus particulièrement aux femmes de médecins prisonniers que l'absence prolongée du soutien de famille met dans une situation pénible.*

Société pour Femmes et Enfants de Médecins

La Société de Secours mutuels et de retraites pour femmes et enfants de médecins (F. E. M.), 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VII[e]), a pu, au cours des trois premiers trimestres de 1942, continuer à secourir ses veuves et ses orphelins, grâce, en partie, aux libéralités des Laboratoires de spécialités pharmaceutiques, dont les subventions s'élèvent à la somme totale de 48.400 francs, se décomposant comme suit :

Un don de 10.000 *francs* : Lab. du Docteur Debat ; *trois dons de* 2.000 *francs* : Lab. du Docteur P. Astier, Lab. de médecine expérimentale (Tétard, à Beauvais), Lab. des Ampho-vaccins Ronchèse ; *un don de* 1.100 *francs* : Lab. Rosa ; *dix-huit dons de* 1.000 *fr.* : Lab. Bailly et Cie, Lab. Bottu, Lab. Catillon, Lab. Choay, Lab. Ciba, Lab. Clin (Comar et Cie), Lab. Corbière, Lab. Deglaude, Lab. Freyssinge, Lab. Le Brun, Lab. Lematte et Boinot, Lab. Lobica, Lab. Midy et fils, Lab. Robert et Carrière, Produits Roche, Lab. Henry Rogier, Lab. du Docteur Roussel, Lab. Spécia ; *dix-huit dons de* 500 *francs* : Lab. Bonthoux (fluxine), Lab. du Docteur Boucard (Lactéol), Lab. Byla, Lab. Crinex-Uvé, Lab. Houdé, Lab. Lescène, Lab. d'analyse du Docteur R. Letulle, L. E. V. A., (Lab. d'Essences végétales antiseptiques), Lab. Nativelle, Lab. Oberlin, Lab. Odinot (gastro-sodine), O. V. P. (Office de vulgarisation pharmaceutique), Lab. du Docteur Pinard, Compagnie des Eaux minérales de Pougues, Lab. Albert Rolland, Lab. Scientia, Société générale des Eaux minérales de Vals-les-Bains, Lab. Zizine ; *vingt-six autres dons* ont été faits par les Laboratoires Cantin, Famel, Fournier, Mayoly-Spindler, Société française des eaux minérales (Prévoyance médicale), Michel Delalande, Endopancrine Deslandre, Albert Ranson, Ephédrine Béral, Biologie appliquée (Carrion), Brisson (Dédet et Cie), Roger Cavailliès, Carron, Dausse, Dehaussy, Dumesnil, Fumouze (Glover et Cie), Galbrun, Leprince, Mouneyrat, Reaubourg (Passiflorine), Sandoz, Soudan.

Il est à souhaiter que la Société reçoive encore d'autres subventions au cours du dernier trimestre pour combler le vide causé par la suppression momentanée du *Bal de la Médecine française.*

Répartition de l'insuline

Le Centre répartiteur de l'insuline de la région parisienne communique ce qui suit :

A partir du 1[er] novembre, MM. les pharmaciens ne seront plus autorisés à délivrer de l'insuline que sur présentarion d'un bon.

Exception est faite, cependant, en faveur des malades mesnacés ou atteints de coma diabétique. Sur simple présentation d'un certificat médical attestant l'extrême urgence du traitement insulinique, MM. les pharmaciens sont autorisés à délivrer toute quantité d'insuline nécessaire pour traiter le malade jusqu'à ce que les formalités habituelles aient pu être remplies auprès du Centre répartiteur.

Des instructions détaillées vont être adressées à MM. les pharmaciens relatives à cette fourniture d'insuline dans les cas d'extrême urgence.

Les malades titulaires de la carte d'insuline et désireux d'obtenir le bon de novembre ne doivent pas

omettre de retourner leur carte le 31 octobre au plus tard au Centre répartiteur en joignant une enveloppe timbrée pour la réponse.

Le Maréchal Pétain et la Famille médicale

Le Maréchal Pétain vient d'adresser au Docteur Robert, d'Issoudun, un chèque de 10.000 francs destiné à aider l'association « Médecine et Famille », à l'œuvre de laquelle, dit la lettre d'envoi, « le Maréchal a désiré apporter son appui ».

En outre le Maréchal a fait remettre par le préfet d'Angers, la somme de 20.000 francs à Madame Guilmard, de Tiercé (M.-et-L.), dont le mari, le Docteur Guilmard, vient de mourir d'une poliomyélite contractée au chevet d'un malade. Ce confrère, victime du devoir professionnel, laisse sa jeune femme et ses six enfants dans le plus complet dénuement.

Société des Ingénieurs de l'automobile

PROCHAINES RÉUNIONS

5, *Avenue Friedland, à 17 h.* 30

Jeudi 12 novembre 1942 : *Electricité.*

Mardi 17 novembre 1942 : *Carburants de remplacement.*

Jeudi 19 novembre 1942 : *Organisation.*

Mardi 24 novembre 1942 : *Gazogènes.*

Jeudi 26 novembre 1942 : *Recherches.*

Les abonnés du *Concours Médical* sont admis sans autre formalité à ces séances.

ORDRE DES MÉDECINS

Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la région sanitaire de Paris

CIRCULAIRE (Extraits)

La loi du 10 *septembre* 1942, *relative à l'Ordre des médecins et à l'organisation des professions médicale et dentaire.*

Cette loi remanie entièrement la loi du 7 octobre 1940 sur l'Ordre des médecins.

Cette loi fut examinée par la Commission régionale et le Comité de coordination réunis le 27 septembre, et certaines dispositions envisagées par cette loi, ne furent pas sans provoquer quelqu'émotion au sein de ces deux organismes. Actuellement, nous sommes en mesure de dire que des modifications de nature à calmer cette émotion et à faire disparaître toute appréhension, seront apportées à cette loi.

Augmentation des honoraires des accidents du travail.

Le Conseil supérieur attendait la parution de la nouvelle nomenclature des actes professionnels pour faire coïncider l'augmentation des honoraires avec l'application de cette nouvelle nomenclature.

En attendant la réalisation de ce projet, la Commission chargée d'étudier cette augmentation a, sur la suggestion du Docteur Sorin, proposé aux représentants des assureurs, d'accepter une augmentation forfaitaire de 50 % sur les bases actuelles, avec application à partir du 1er ou du 15 octobre. Elle a demandé également de porter le prix du kilomètre parcouru à 4 fr. Ce dernier chiffre sera difficilement accepté, mais l'augmentation de 50 % devrait aboutir assez rapidement.

Qualification des spécialistes

Nous nous permettons d'insister auprès des méde-

cins spécialistes de la Région de Paris (Seine, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise) *chirurgiens, dermato-vénéréologues, ophtalmologistes, oto-rhino-laryngologistes, phtisiologues,* qui n'auraient pas encore fait leur demande de qualification, de bien vouloir adresser le plus tôt possible leur demande accompagnée de l'exposé de leurs titres, à Monsieur le Président de la Commission régionale de l'Ordre des médecins, 28, rue Serpente, Paris (VI[e]) qui transmettra ces demandes aux différentes Commissions de qualification.

Relèvement des honoraires médicaux dans la Seine

Voici le texte de la lettre adressée au Président de l'Union des Caisses d'assurances sociales de la Région parisienne :

Monsieur le Président,

« En exécution des dispositions de l'article 4, « paragraphe 1, de la convention signée le 27 avril « 1942 par l'Union des Caisses d'assurances sociales « de la Région parisienne et par le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, j'ai « l'honneur de vous informer que le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a « décidé de fixer les honoraires minima des médecins aux taux suivants à partir du 1[er] octobre 1942.

(*Suivent les chiffres publiés dans notre numéro du 11 octobre dernier*).

« Le Conseil départemental de la Seine s'est « efforcé de retarder le plus qu'il lui a été possible la « décision qu'il vient de prendre et cela afin d'éviter « une augmentation des charges multiples qui pèsent « de plus en plus lourdement sur la population laborieuse. Mais l'augmentation incessante du coût de « la vie et des frais qui incombent plus particulièrement aux médecins praticiens est devenue telle « qu'un rajustement des honoraires apparaît aujourd'hui nécessaire et urgent pour permettre aux « médecins de vivre d'une vie décente et à l'abri des « tentations malsaines.

« Vous voudrez bien remarquer que, par rapport « à 1938, le pourcentage des augmentations d'honoraires, s'il correspond à peu de chose près aux augmentations de salaires, est loin d'atteindre le « pourcentage d'augmentation qui peut être constaté pour le coût de la vie en général et pour le « coût des frais spéciaux qui grèvent la profession « médicale en particulier.

« D'autre part, nous nous permettons d'attirer « votre attention sur le fait suivant : pendant les « premiers mois de la mise en vigueur des nouveaux « honoraires minima, le Conseil départemental de « la Seine est tout disposé à autoriser les médecins, « tant de Paris que des communes de banlieue, à ne « pas relever leurs honoraires pour certains malades particulièrement dignes d'intérêt. Dans ce « cas, les médecins devraient le spécifier sur la feuille « de maladie.

« Nous espérons par ailleurs que l'élévation considérable des cotisations versées par les assurés « sociaux ainsi que les ressources accrues des Caisses « d'assurances sociales permettront à celles-ci de « faire en sorte que le relèvement des honoraires minima, auquel nous venons d'être contraints de procéder, n'aggravent pas les charges des assurés et « que, grâce à l'effort financier des Caisses, le pourcentage des frais réels laissés à la charge des malades ne dépassera pas, comme c'est le cas aujourd'hui, le 20 % prévu par la loi.

« C'est donc dans cet espoir que je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes « sentiments de haute considération, en même temps « que l'affirmation renouvelée de tous mes collègues « de travailler dans un parfait esprit de collaboration avec les Caisses d'assurances sociales.





PARTIE SCIENTIFIQUE

STASE INTESTINALE ET BLOCAGE SYMPATHIQUE

Par J. de Fourmestraux (de Chartres),
Membre correspondant de l'Académie de médecine

Le traitement de la stase intestinale chronique doit être basé sur des données physiologiques et non établi sur un concept mécanique. Il est souvent aussi inutile de fixer un côlon mobile que de mobiliser un côlon adhérent. Le réséquer ne donne pas en général de meilleurs résultats et comporte un danger certain.

Il y a quarante ans, Arbuthot Lane établissait une relation de cause à effet entre l'existence d'un obstacle extrinsèque et l'évolution d'une stase intestinale chronique. L'origine purement mécanique qu'il reconnaissait à celle-ci, l'existence des brides iléales et iléo-cæcales, qui ont gardé son nom, permettait d'attribuer une origine simple à des troubles complexes, satisfaisait l'esprit et laissait entrevoir la possibilité d'une orientation thérapeutique active aux cliniciens épris de réalités objectives. Les recherches de Lane déterminèrent une série d'interventions, allant, sous le signe d'une technique élégante, des simples libérations d'adhérences aux résections intestinales les plus etendues. Les résultats éloignés de celles-ci ne furent pas dans l'ensemble aussi satisfaisants que pouvaient le faire supposer la maîtrise de l'opérateur et le risque réel, auquel s'exposait l'opéré. Une réaction judicieuse contre ces tendances extrêmes s'est produite et beaucoup moins nombreux qu'il y a vingt ans sont aujourd'hui les constipés impénitents, qui ont perdu leur côlon. Fort sages nous semblent les conclusions de Quervain (1), quand il déclarait à la fin de sa longue pratique que l'intestin faisait ce qu'il voulait et déjouait les meilleures intentions de l'opérateur, tandis que nous avions appris à connaître la suprématie du système nerveux sur les conditions mécaniques à une heure où le raccordage de la tuyauterie intestinale devait céder le pas à la chirurgie du sympathique.

***

Il est certain que, dans la stase intestinale chronique, un mécanisme unique ne saurait être évoqué et que la physiologie pathologique intestinale demeure entourée d'une troublante obscurité.

Maladie du civilisé, maladie du sédentaire ; plus qu'une constipation tenace, moins qu'une occlusion, la stase intestinale chronique n'est pas née avec le dernier siècle. La seringue des apothicaires, utiles auxiliaires des archiatres Daquin et Fagon, témoigne de la motricité intestinale fâcheuse des nobles hôtes de Versailles.

Depuis lors, les purgatifs huileux ou drastiques, les laxatifs aux noms harmonieux ont continué à sévir.

Il y a quatre ans, dans une spirituelle conférence, Sir Arthur Hurst du Guys Hospital (1), déclarait que de nos jours en Grande Bretagne, on dépensait chaque année plus de dix millions de livres pour l'achat de spécialités pharmaceutiques, dont la plupart étaient des purges. Il est d'autres dangers sociaux plus redoutables que la purgation; mais il n'est pas défendu de penser que le petit clystère insinuatif, préparatif et émollient, destiné à rafraîchir les entrailles du pauvre Argan, était certainement moins redoutable que les purgatifs quotidiens. Il n'en est pas moins vrai que l'abus de ceux-ci, les diagnostics incertains, les impératifs radiologiques aboutissant en dernier terme à une intervention sévère ont beaucoup tourmenté le malheureux côlon.

***

L'étude radiologique du transit intestinal nous donne quelques précisions. Cent cinquante grammes de baryte, ingérés le matin à jeun, permettent d'une façon presque schématique d'établir l'horaire de remplissage et l'horaire d'évacuation.

Le cæco-ascendant est rempli en totalité chez le sujet normal à la 6e heure et la tête de colonne atteint le descendant vers la 8e ou 10e heure, l'ampoule rectale est remplie avant la 24e heure (2). La vidange peut et doit se réaliser dès ce moment.

D'une façon quelque peu théorique, on peut déterminer l'existence d'une stase non compliquée droite ou gauche, d'une stase avec malformation, stase du méga, ou du dolichocôlon, avec association possible des deux états.

En dernier terme, des troubles divers se superposent, stase avec colite déterminant des réactions locales ou éloignées, syndrome entéro-rénal, entéro-hépatique, typho-cholécystique en des formes cliniques qu'on peut multiplier à l'infini. En pratique, on peut cependant différencier une constipation haute colique, ascendant haut et descendant haut ; une constipation basse sigmoïdienne, dyschésie, (Hurst) complétée par les rétentions rectales basses des grabataires ou des nerveux aboutissant au fécalome.

***

Contre les stases basses, nous pouvons d'une façon générale agir avec quelque efficacité. Dans beaucoup de cas, il est possible d'établir une défécation plus régulière en rétablissant le réflexe conditionné dont celle-ci dépend. Celui-ci sera facilité par une régime alimentaire contenant des fruits, des légumes verts. Utilité d'un travail musculaire régulier. Chez les manœuvres, les ouvriers de la terre, la constipation

---

(1) F. de Quervain. — Comptes rendus. Congrès international de chirurgie, 1936, p. 405.

(1) S. Arthur Hurst. — Le malheureux côlon. *Archives hospitalières,* 1938, nº 6, p. 254.

(2) Ledoux-Lebard. — La stase intestinale chronique et les enseignements de la radiologie. *Progrès médical,* 1942, p. 241.

est rare. C'est d'une façon très exceptionnelle que l'on rencontre chez eux une stase intestinale chronique.

L'huile de paraffine, les mucilages, végétaux, agar-agar, etc., ne sont pas inutiles, tandis que l'entretien d'une musculature abdominale suffisante par une gymnastique logique est essentiel. Si les purgatifs sont redoutables, le lavement qui augmente la sécrétion du mucus intestinal devient tout à fait nuisible s'il contient de la glycérine ou une quelconque solution hypertonique. Nous avons vu des stases intestinales basses régresser, puis céder après la suppression complète de tout traitement médicamenteux ou ingestion de belladone à faibles doses. Dans les états spasmodiques, et dans le même ordre d'idée, la recherche des insuffisances glandulaires et hormonales peut orienter la thérapeutique dans une voie heureuse.

Le traitement des stases hautes, des stases droites est plus difficile. Ces rétentions hautes existent, mais sont certainement beaucoup moins fréquentes qu'on ne l'a dit et écrit.

En dehors d'un obstacle pariétal précis en amont ou en aval du cæcum, et où la chirurgie reprend tous ses droits, on ne l'observe que fort rarement. Nous avons, au cours d'un nombre très élevé de laparotomies, pu constater que lors d'une intervention faite huit à dix heures après le dernier repas, on trouvait presque toujours un cæcum vide. Cette vacuité physiologique du cæcum et de l'ascendant est un fait évident. Sa distension ou demi-distension témoigne d'un état pathologique, dont il convient de rechercher la cause. Nous ne pensons pas que brides, coudures ou adhérences l'expliquent toujours de façon satisfaisante.

Il ne faut pas se hâter de recourir à une intervention immédiate. Supprimer les adhérences évidentes, certainement, mais être bien persuadé que la suppression de brides, le redressement de coudures, suivie de colopexie, donnerait bien des mécomptes. Penser à des troubles spasmodiques d'origine nerveuse.

Nous ne faisons qu'entrevoir les possibilités de notre action sur le système nerveux régulateur de l'intestin, la chaine sympathique sur le splanchnique, surtout sur les fibres préganglionnaires.

Leriche a dirigé nos recherches dans une voie féconde, et montre l'avenir d'une orientation technique, où nous sommes fort en retard sur les chirurgiens américains.

Si la chirurgie du sympathique doit être pratiquée sous le climat de la précision, et d'une rigoureuse technique, elle présente l'avantage certain de tirer ses indications du test donné par l'infiltration du blocage anesthésique, qui ne présente aucune difficulté réelle.

Le blocage du troisième ganglion lombaire et surtout celui du splanchnique donne parfois des résultats étonnants dans les stases chroniques et surtout dans les épisodes aigus de ces dernières.

Dans les stases intestinales aiguës, à intestin ouvert, auxquelles ne convient nullement le nom d'occlusion, le premier et le seul acte utile est d'infiltrer le sympathique, geste élémentaire singulièrement moins dangereux qu'une laparotomie aveugle, où trop souvent la fixation d'une anse à la paroi et une fistulisation intestinale sera l'épisode ultime.

L'infiltration du splanchnique est simple. Le praticien peut et doit en apprendre l'élémentaire technique comme il a appris à faire une épidurale ou une ponction lombaire. La novocaïne, judicieusement utilisée ne présente qu'un danger infime.

Dans les stases aiguës, ou les stases chroniques, à épisode aigu, le blocage sympathique nous paraît répondre à une indication précise et justifiée. Son mode d'action paraît certes beaucoup plus complexe que ne semblerait l'indiquer le mécanisme élémentaire des vaso-constructions ou des vaso-dilatations ; mais les faits sont là évidents, dont on ne saurait discuter l'objectivité.

A PROPOS DE L'OXYGÉNOTHÉRAPIE DES BRONCHO-PNEUMONIES INFANTILES

Par le Docteur Denis-Peraldi

(Plougastel-Saint-Germain, Finistère)

On sait que la bronchopneumonie est, avec la diarrhée cholériforme, la cause la plus importante de la léthalité infantile.

Parmi les méthodes thérapeutiques qui ont pour but de la combattre, il en est une à laquelle nous attachons une importance de premier ordre, et à laquelle nous devons d'avoir, tout récemment encore, sauvé un de nos petits malades : nous voulons parler de l'*oxygénothérapie*. Certes, beaucoup de médecins l'ont préconisée et employée avant nous avec succès ; mais il nous semble qu'on l'oublie trop, ou qu'on a tendance à la considérer comme un moyen ultime et désespéré, après lequel il n'y a plus rien à tenter.

L'*oxygénothérapie est mieux que cela* : la typique observation qui suit, recueillie très récemment dans notre clientèle, en est une nouvelle preuve.

***

Observation. — La jeune Danielle S..., belle enfant de 14 mois pesant 11 kilos 700, contracte la *coqueluche* au début du mois de décembre 1941.

Pendant quelques semaines, la maladie, d'intensité moyenne, — une dizaine de quintes par jour avec quelques sibilances pulmonaires — évolue sans complications. Mais le 29 décembre, la température monte brusquement à 40°4, tandis que les quintes et l'expectoration diminuent et qu'apparaît à la base droite un foyer de râles crépitants fins. Les jours suivants, la fièvre se maintient élevée, d'autres foyers apparaissent dans les deux poumons, l'enfant est pâle, la dyspnée s'installe, et le diagnostic de bronchopneumonie devient évident.

Les parents ayant déjà perdu un enfant, au même âge, de bronchopneumonie, notre excellent confrère, le Docteur Mével (de Quimper) est appelé en consultation auprès de la petite malade, confirme le diagnostic, pose un pronostic sévère et conseille, en outre du traitement déjà institué, des injections de sang maternel et d'ouabaïne au 1/8e de milligramme.

Pendant les premiers jours de janvier 1942, *l'état de l'enfant devient alarmant*, la température se maintient autour de 40, des signes de déshydratation apparaissent (justifiant l'emploi de plasma de Quinton, 60 c. c. *pro die*), et surtout la dyspnée s'accentue, l'enfant se cyanose, les signes pulmonaires s'étendent. Dans la journée du 3 janvier, *un abcès de fixation est mis en train*, mais l'état de l'enfant semble très grave et même dans la nuit du 3 au 4 *désespéré* : l'enfant, extrêmement pâle, lèvres et extrémités bleues, visage couvert de sueur, en proie à un tirage intense, est en état de mort imminente.

C'est alors que nous avons l'idée de recourir, à

l'aide d'un dispositif de fortune que nous décrirons plus loin, *aux injections sous-cutanées d'oxygène.* (1) Cette nuit-là, et dans la journée du lendemain, on injecte sous la peau, toutes les heures et demie, une quantité d'oxygène difficile à apprécier, mais certainement considérable, réalisant dans le tissu sous-cutané de la petite malade un véritable « matelas » d'oxygène. Dès les premières heures de cette thérapeutique, la dyspnée s'atténue, l'état cardio-vasculaire stimulé par l'ouabaïne se relève. Le 5 janvier, *l'enfant vit toujours* et les phénomènes asphyxiques ont beaucoup régressé. Les injections d'oxygène sont continuées jusqu'au 11 janvier en diminuant progressivement le nombre des séances et le volume de gaz injecté.

A partir du 9, la température qui s'était maintenue au voisinage de 40, descend et après quelques oscillations entre 37° et 38° revient définitivement à la normale le 11 janvier. Depuis longtemps la dyspnée a disparu ; les foyers pulmonaires régressent. Entre temps, l'abcès de fixation a évolué et a été incisé.

Les jours suivants, l'état général est excellent, l'enfant commence à se réalimenter et la guérison paraît complète. Une radioscopie pratiquée par le Docteur Mével la confirme en montrant les champs pulmonaires de transparence absolument normale.

— En résumé, une fillette de 14 mois, atteinte de bronchopneumonie à foyers disséminés au cours d'une coqueluche, et arrivée, malgré diverses tentatives thérapeutiques, à un état quasi-agonique, *a été véritablement ressuscitée par les injections sous-cutanées d'oxygène.* Le changement d'allure de la maladie après mise en œuvre de l'oxygénothérapie a été si net qu'il n'y a pas dans notre esprit le moindre doute qu'il ne soit le résultat même de cette méthode de traitement.

***

C'est dans les formes asphyxiques de bronchopneumonie que l'oxygénothérapie trouve ses indications majeures. Que l'oxygène soit administré par inhalation ou par voie sous-cutanée, il supplée à l'insuffisance de l'hématose par un mécanisme facile à comprendre. Mais cette action primordiale n'est pas la seule ; il s'y joint chez ces sujets déprimés une amélioration de toutes les fonctions, une stimulation indéniable de l'état général. Les adultes chez qui l'on pratique l'oxygénothérapie (au cours de pneumopathies aiguës, par exemple) accusent presque tous une *sensation d'euphorie, de mieux-être*, alors même que la dyspnée n'est pas complètement supprimée. Chez la petite Danielle, où de multiples tentatives thérapeutiques avaient échoué, ou *n'avaient pas eu le temps d'agir*, l'oxygénothérapie a transformé la situation, soit qu'elle ait été le seul traitement efficace, soit qu'elle ait permis à l'abcès de fixation, d'action plus lente, de donner son plein effet.

Beaucoup de praticiens hésitent à recourir à l'oxygénothérapie sous prétexte que l'administration en est techniquement difficile. Il ne faut pas s'exagérer ces difficultés. *A priori*, la voie d'administration la plus naturelle, la plus *physiologique*, semble la *voie respiratoire* ; non pas comme on le fait trop souvent, en faisant inhaler à l'aide d'un entonnoir de verre et de façon discontinue l'oxygène qui s'échappe d'un ballon de caoutchouc — procédé totalement dénué d'efficacité, comme nous l'avons nous-même encore constaté pour cette petite malade — mais bien en plaçant l'enfant dans un *milieu clos*, où l'on réalise *de façon continue* une concentration élevée d'oxygène. Ce milieu clos peut être la chambre même, où est maintenu le petit malade et où on laisse échapper, chaque jour le contenu d'une à deux bouteilles de 500 litres d'oxygène ; ou encore la chambre spéciale décrite par MM. Ribadeau-Dumas, J. Meyer et Demerliac, ou plus simplement *la cloche de M. Janet et Mlle Bochet* (ou les appareils similaires) où la concentration d'oxygène peut atteindre 90 %.

L'emploi du carbogène (oxygène additionné de 5 à 7 % de CO^2 excitant du centre respiratoire bulbaire) est logique et a été préconisé.

Cependant, ce mode d'administration de l'oxygène aux bronchopneumoniques prête à quelques critiques.

D'abord, il est dispendieux et nécessite l'emploi d'un important volume d'oxygène, dont une grande partie est perdue pour le petit malade ; or, il n'est pas toujours aisé, à la campagne notamment, de se procurer de l'oxygène, à plus forte raison en grandes quantités. D'autre part, l'emploi de la cloche à oxygène exige un appareillage assez complexe et une surveillance continue difficilement réalisable en dehors du milieu hospitalier. Enfin, sur le terrain physiologique même, il paraît discutable d'offrir de l'oxygène à des poumons qui, du fait des lésions étendues de bronchio-alvéolite, ont perdu une grande partie de leur capacité de fixation de ce gaz. Il est plus sûr et plus facile de s'adresser à LA VOIE SOUS-CUTANÉE, d'autant que l'oxygène ainsi administré est rapidement et totalement résorbé par les tissus, et que l'emphysème sous-cutané temporairement réalisé n'a pas d'inconvénients.

La mise en œuvre de l'oxygénothérapie sous-cutanée est extrêmement facile. On peut, à cette fin, utiliser l'*oxygénateur de Bayeux*, dont l'avantage principal est de permettre de mesurer le volume de gaz injecté (en général deux séances de quatre piqûres chacune, totalisant 800 à 1.000 c. c. d'oxygène par 24 heures). Plus simplement, comme nous l'avons fait chez notre petite malade, on utilisera l'*oxygène en ballon*, tel qu'on le trouve chez la plupart des pharmaciens. Il suffit de relier le ballon à une aiguille hypodermique à l'aide d'un tube de caoutchouc ; à l'une des extrémités du tube on fixe un embout destiné à recevoir l'aiguille (biseau court 30/10), l'autre extrémité du tube s'adapte à la canule du robinet du ballon. Il y a intérêt à intercaler sur le trajet du caoutchouc un tube de verre contenant un peu de coton modérément tassé, ou mieux un flacon laveur ou tout autre dispositif de barbotage destiné à rendre l'oxygène pratiquement aseptique. Il est, d'autre part, nécessaire d'avoir un aide qui, par compression manuelle du ballon, réalise la pression assez forte nécessaire pour faire pénétrer l'oxygène sous la peau. Les lieux d'injection sont les faces externes des cuisses, le tissu lâche des flancs et les régions scapulaires, régions, que l'on emploie successivement. L'orifice d'entrée de l'aiguille est ensuite oblitérée avec un peu de sparadrap. Ce dispositif si simple a évidemment l'inconvénient de ne pas permettre la mesure des quantités injectées ; cela *nous paraît sans importance, il faut injecter beaucoup d'oxygène*, en *injecter trop*, ainsi que nous l'avons fait dans le cas désespéré dont nous avons rapporté l'histoire ; au surplus, avec un peu d'habitude, l'aspect du « matelas » emphysémateux et son élasticité au toucher renseigne suffisamment sur le volume de gaz injecté.

Il reste bien entendu que l'emploi de l'oxygène au cours des bronchopneumonies ne doit pas faire négliger les autres indications thérapeutiques, et notamment les méthodes de traitement, qui ont fait leurs preuves, telles que la révulsion thoracique, la balnéothérapie, les toni-cardiaques, les stimulants diffusibles, et dans certains cas, la vaccinothérapie ou l'abcès de fixation.

Au cours de cette même épidémie de coqueluche

(1) Nous prions le Docteur QUERNEAU (de Quimper), grâce à l'obligeance duquel nous avons pu rapidement nous procurer de l'oxygène, d'agréer l'expression de nos sentiments de vive reconnaissance.

riche en complications pulmonaires, nous avons, chez un enfant de trois ans, présentant une broncho-pneumonie avec fort tirage, dès le début appliqué en dehors du traitement habituel la même méthode d'administration d'oxygène. Cette fois encore les résultats ont été ceux que nous en attendions : disparition rapide du tirage, évolution courte de la maladie, qui doivent être attribués, nous en sommes persuadés à l'institution précoce de l'oxygénothérapie.

LA CLINIQUE PHTISIOLOGIQUE AU GOUT DU JOUR

I

Comment traiter une hémoptysie tuberculeuse

Un traitement doit toujours être, autant que possible, rationnel ou mieux pathogénique. Mais, en fait d'hémoptysies tuberculeuses : autant de malades, autant de mécanismes. Force est donc de se baser sur les grands aspects cliniques des hémoptysies, sur leurs caractères de gravité.

Il n'en est pas moins utile de se rappeler qu'il existe de simples expectorations hémoptoïques, concomitantes d'une poussée évolutive, chez un malade qui commence à faire un peu de température, à perdre l'appétit ; que, d'autres fois, un patient à fièvre hectique, ulcéro-caséeux ou à volumineuses cavernes, peut avoir une véritable hémorragie, et qu'alors il ne s'agit plus d'une simple alvéolite hémorragique, mais d'une rupture vasculaire. Ces deux facteurs peuvent également apparaître au cours du pneumothorax artificiel. Enfin, chez les tuberculeux fibreux, une hémorragie est parfois provoquée sous l'influence de facteurs météorologiques (mer, soleil), alimentaires (nourriture trop copieuse, alcool), ou encore d'excès physiques, intellectuels, vénériens. On n'oubliera pas enfin le rôle possible des troubles de la crase sanguine, et de l'instabilité neuro-végétative chez les tuberculeux.

Tous ces éléments s'intriquent parfois, et on doit toujours envisager leur éventualité . D'une manière d'ensemble, on distingue , avec le Professeur agrégé Bariéty (1), l'hémoptysie, suivant qu'elle apparaît légère, sérieuse ou inquiétante. Quoiqu'il en soit, s'imposent toujours les mêmes *soins généraux* qui sont les suivants :

Calme et silence pour le malade et pour son entourage.

Repos allongé, sans délai ; à la tête basse préconisée jadis, préférer l'attitude demi-assise, buste et tête soutenus par des oreillers.

Accessoirement, faire sucer un peu de glace ou boire un peu de liquide glacé.

L'examen sera réduit au strict minimum : prendre le pouls, la tension artérielle, ausculter en avant, sans bouger le malade. D'ailleurs bien souvent, on ne perçoit que de gros bruits humides, témoins du sang épanché dans les cavités aériennes.

Contre l'hémoptysie légère : 1° *Calmer la toux et l'agitation.* Ici, il suffit de l'extrait thébaïque : 4 à 5 pilules d'un centigramme en 24 heures. Ne pas trop prolonger l'administration des opiacés ; car, s'ils calment la toux et l'angoisse du début, ils risquent par la suite de s'opposer fâcheusement à la libération du tractus broncho-alvéolaire du sang, qui l'encombre.

2° *Tâcher d'agir sur la coagulation.* On peut cependant formuler, indépendamment de multiples médicaments « anti-hémorragiques » (pectine, sérum sérique, gluconate de calcium), la classique potion au chlorure de calcium.

Chlorure de calcium..........	10 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères..........	20 grammes
Eau distillée..........	100 c. c.

3 à 6 cuillerées à café par 24 heures.

Contre l'hémoptysie sérieuse. — Parmi une pharmacopée abondante et variée, deux médicaments de base : la morphine, (en injection hypodermique), la solution de post-hypophyse. Pour cette dernière, la dose est 1 /2 lobe (équivalent à 5 unités internationales) : par voie sous-cutanée, une injection, que l'on répètera le lendemain, si nécessaire ; par voie intraveineuse, si l'injection sous-cutanée n'a pas eu d'action. Pour éviter des incidents possibles (pâleur extrême, vertige, lipothymie, syncope) : 1° diluer suffisamment la préparation (10 c. c. au minimum) ; 2° injecter en plusieurs minutes 10 c. c. ; 3° surveiller le facies. Rappelons encore la potion classique de Trousseau à l'ipéca pour créer et entretenir l'état nauséeux, ou l'injection sous-cutanée profonde d'une ampoule de 0,04 centigrammes d'émétine.

Une **hémoptysie inquiétante** s'observe d'emblée par son abondance, secondairement par sa ténacité ou son abondance. Il faut agir sans retard, et si l'injection de morphine n'a rien donné, on s'efforcera d'immobiliser davantage encore le poumon, qui saigne. De vieilles méthodes restent encore efficaces : le garrot à la racine des quatre membres (Grisolle) ; le bandage serré du thorax, des seins aux fausses côtes. En cas d'insuccès, recourir à l'injection sous-cutanée d'oxygène (400 à 600 c. c.), puis au pneumothorax hémostatique. On le créera sur le côté le plus récemment évolutif, déterminé soit par un examen antérieur, soit par la douleur et la sensation de chaleur locales, soit par une auscultation très prudente, sans mobiliser le malade. On laissera le sujet sur le dos, en piquant sous la clavicule.

Quant aux **suites de l'hémoptysie**, pendant un laps de temps de cinq jours, le malade doit s'astreindre à certaines précautions : repos au lit, en évitant tout effort ; régime alimentaire léger sans alcool, thé, café et vin. Si la dose des sédatifs a dû être exagérée, on aidera le malade à débarrasser ses bronches avec 5 à 6 cuillerées à soupe par 24 heures de la potion suivante :

Benzoate de soude..........		4 grammes
Sirop diacode..........		40 grammes
Sirop de polygala..........		60 grammes
Eau..........	q. s. p.	180 grammes

Plus tard, le malade évitera les intempéries, les bains de soleil, les bords de la mer, les régions ventées, les altitudes élevées. On ne lui prescrira pas certains agents médicamenteux à action congestive bien connue : iodures, arsénicaux, fer, créosote.

La vitaminothérapie, dans des indications thérapeutiques limitées, peut employer soit la vitamine K, agissant comme la prothrombine sur la coagulation sanguine, soit la vitamine P, de perméabilité capillaire, qui agit sur les parois des vaisseaux.

Lorsqu'il s'agit d'une coïncidence avec les règles chez les femmes, deux cas sont à distinguer :

(1) Les traitements des hémoptysies tuberculeuses. (*Le Progrès médical,* 27 décembre 1941).


Véganine
Comprimés de Véganine
Grippe, algies,
otites, névrites,
soins dentaires


DÉSÉQUILIBRE
NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRÉNOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE-PALPITATIONS
3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
DOSES Moyennes
par 24 Heures
1 à 3 cuillerées à café
ou 2 à 5 comprimés
ou 1 à 3 suppositoires
LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN-PARIS (16e)


BIOLACTYL
Ferment lactique Fournier
Culture liquide et comprimée
LABORATOIRES
FOURNIER FRÈRES
7, RUE BISCORNET
· PARIS ·

1° Les hémoptysies complémentaires des règles, qui ont totalement disparu. Ici les vieilles médications, dites de dérivation utérine, sont indiquées : pédiluves sinapisés, bains de siège chauds et prolongés, dérivation intestinale par l'aloès (0 gr. 10 en une pilule, le soir) ;

2° Les hémoptysies survenant en même temps que les règles, plus ou moins influencées par celles-ci. Certaines de ces hémorragies semblent liées à un syndrome d'hyperfolliculémie vers le 14e jour du cycle. Si le dosage biologique de l'hormone confirme cette hypothèse, on pourra recourir à l'hormonothérapie frénatrice par l'hormone mâle : 10 milligr. de propionate ou d'acétate de testostérone en injection intramusculaire.

II

Le pneumothorax ne doit pas être institué hâtivement et systématiquement dans les tuberculoses bénignes.

Cette méthode thérapeutique est incontestablement l'arme la plus sûre, dont dispose le médecin contre la tuberculose pulmonaire. Mais Forlanini lui-même a déclaré : « Le pneumothorax est indiqué toutes les fois que la vie est menacée par l'extension d'une lésion locale ». Ce conseil n'implique donc pas la conception d'une indication systématique, constante, visant toutes les formes, tous les cas de tuberculoses pulmonaires.

Ainsi s'exprime le Professeur Emile SERGENT (1), et il croit devoir revenir sur cette question, car, récemment, certains auteurs semblaient préconiser le recours systématique au pneumothorax thérapeutique dans les tuberculoses, dites « radiologiquement bénignes » ; il pourrait en naître, à propos de ces formes bénignes, une influence quelque peu regrettable sur l'orientation des médecins, qui n'ont pas une expérience personnelle en phtisiologie, mais qui n'ignorent cependant pas les contrindications générales de la méthode : formes granuliques ou à grandes adhérences pleurales, dans lesquelles le pneumothorax, non seulement inutile, peut même devenir dangereux, par suite des accidents qu'il provoque.

La mise en pratique doit être prudente dans les *formes dites bénignes*, pour ces raisons d'inutilité et de danger. Ces formes ne sont pas, en effet sans guérir parfois spontanément, grâce à des mesures hygiéno-diététiques, notamment : les épisodes congestifs, survenant au siège de foyers anciens, sous des influences occasionnelles (époques menstruelles, etc.) ; les foyers congestifs curables ; les poussées de cortico-pleurite symptomatique d'un foyer pulmonaire plus ou moins latent, se traduisant par l'apparition d'un épanchement séro-fibrineux, tenace et récidivant ; certaines formes de tuberculose pulmonaire chronique, à localisations discrètes évoluant vers la fibrocalcification. Enfin, le pneumothorax peut se compliquer d'interminables épanchements pleuraux, et même de pyo-pneumothorax, cela dans des formes particulièrement bénignes de tuberculose.

En résumé, — hormis les cas d'urgence indiscutable — il ne faut pas se hâter systématiquement d'instituer le pneumothorax thérapeutique dans les cas où les lésions sont minimes, bénignes (à la radio : tache unique, petit groupe de taches, travées très localisées) ; car celui-ci peut, dans ces cas eux-mêmes, se compliquer d'accidents, qui viennent aggraver la situation. On doit alors suivre le malade méthodiquement, pendant un certain temps en le plaçant dans les conditions hygiéno-diététiques et thérapeutiques les plus favorables, observer attentivement la marche de l'évolution clinique, comparer les radiographies tirées à quelques jours de distance. Si les modifications des signes locaux — stéthacoustiques et radiographiques — indiquent une tendance progressive à l'extension de lésions, qui à leur début paraissaient particulièrement bénignes, ne pas hésiter à intervenir, et ne pas attendre que puissent survenir des adhérences pleurales, qui rendraient le pneumothorax irréalisable. Si, au contraire, les modifications successives indiquent une tendance progressive et incontestable à la régression, ne pas se hâter, et, tout en continuant à observer attentivement l'évolution, espérer que, selon toute probabilité, il suffira de continuer la cure hygiéno-diététique et médicale.

G. FISCHER.

(1) *Presse médicale*, 7 février 1942.

L'ALCOOLISME DU NOURRISSON

L'alcoolisme de l'adulte est en régression faute de poison. Une forme sévit toujours, la forme du nourrisson.

Frappé par le nombre d'enfants, dits nerveux, présentés dans les consultations de nourrissons, nous avons pu incriminer des causes multiples, toutes évitables parce que créées de toutes pièces par des parents trop bien intentionnés. Au premier rang de ces causes figure l'alcoolisme.

La friction alcoolisée pratiquée de temps à autre, sous forme d'onction légère avec une solution à faible titre (50° maximum) peut avoir un effet stimulant chez un enfant atone ou anorexique.

La friction quotidienne, pratiquée *larga manu* à l'eau de Cologne à 90°, chez tous les enfants systématiquement même s'ils souffrent d'agitation ou d'insomnie, est-elle vraiment toujours indiquée ?

La peau de l'enfant absorbe les médicaments de façon admirable. Elle doit absorber l'alcool tout comme le mercure, surtout quand il est appliqué sur une peau amollie, décapée, rubéfiée par le bain. La répétition quotidienne de ce geste soumet l'enfant à un régime comparable à celui des petits verres quotidiens du buveur d'habitude. Ce qui est toxique pour l'un ne l'est-il pas pour l'autre ? Est-ce là le résultat cherché.

Cet usage est solidement ancré, très généralisé, mais abusif. Il explique bien des troubles du caractère, bien des insuffisances hépatiques légères, si fréquemment incriminées en pathologie infantile.

Les indications de ce procédé existent et doivent être précisées. La friction alcoolisée ne doit pas suivre systématiquement le bain, ni surtout le remplacer : ce qui arrive trop volontiers quand mère ou infirmière croient pouvoir invoquer l'excuse du manque de temps. Les hypotoniques, les anorexiques pourront être — pendant un laps de temps très limité — soumis à cette thérapeutique.

La friction après le bain est excellente pour bien sécher la peau et assurer la réaction, mais la friction sèche, au talc ou à la serviette est amplement suffisante chez le nourrisson normal.

Dr R. JODIN.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

A propos du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne

(MM. A. BAUDOUIN et A. RÉMOND ; 21-7-1942)

MM. Baudouin et Rémond apportent leur expérience du traitement de l'épilepsie par la diphényl-hydantoïne. Ils ont employé, chez 70 malades, la D. P. H. libre, mieux tolérée par l'estomac que le diphényl-hydantoïnate de soude, associée dans la majorité des cas à des quantités relativement faibles de gardénal (0 gr. 10). Les doses ont été : chez l'adulte, 0 gr. 30 de D. P. H. au début, la dose étant élevée s'il y a lieu à 0 gr. 40 ou 0 gr. 50 maximum ; chez l'enfant, 0 gr. 10 à 0 gr. 15 ou 0 gr. 20 jusqu'à cinq ans, 0 gr. 15 à 0 gr. 20 de cinq à dix ans ; on pourra aller jusqu'à 0 gr. 30 de dix à quinze ou seize ans.

Les malades, qui presque tous avaient été soumis aux médications classiques sans résultat très appréciable, ont obtenu une guérison apparente ou des améliorations sensibles dans 96 % des cas. La diphényl-hydantoïne, ou plus exactement l'association D. P. H.-gardénal apparaît donc comme une excellente médication de l'épilepsie. Ce serait une erreur toutefois de la considérer comme la seule et unique : il y a des cas qui réagissent mieux au bromure ou au gardénal qu'à la D. P. H. D'autre part, son emploi demande des précautions : commencer par des doses faibles ou moyennes ; ne pas, chez un malade en traitement par le gardénal ou le bromure, supprimer brusquement ces derniers médicaments le jour où l'on institue la médication par la D. P. H., celle-ci n'agissant qu'après un temps d'accumulation de trois à huit jours.

— M. J. LHERMITTE donne une appréciation plus réservée de la valeur de ce traitement des accidents comitiaux. On a chargé, dit-il, la nouvelle médication de bien des méfaits : accidents nerveux, cutanés et même sanguins. Lui-même, depuis un an et demi qu'il emploie la D. P. H., n'a pas observé, il est vrai, de tels accidents. Il souligne la nécessité de procéder à un passage très gradué entre la médication bromurée ou barbiturique et la thérapeutique par la diphényl-hydantoïne, substance qui ne réalise ses effets que grâce à des doses cumulatives. La médication diphényl-hydantoïnée, dont l'avantage est de soutenir l'activité psychique tout en corrigeant les stimulations génératrices des paroxysmes épileptiques, ne semble réellement indiquée que dans des cas choisis, comme l'avaient conseillé d'ailleurs les promoteurs de la méthode. En un mot, les barbituriques et les bromures conservent leur rôle dans la thérapeutique des accidents comitiaux.

— M. PAGNIEZ a obtenu avec la D. P. H. associée au gardénal des résultats variables : effets excellents parfois, échecs complets d'autres fois. Dans les cas heureux, la D. P. H. a agi plutôt sur les accidents du petit mal et le barbiturique sur les accidents convulsifs.

Vaccination contre le typhus exanthématique par scarifications cutanées

(MM. J. LAIGRET, G. FABIANI et R. VARGUES, d'Alger ; 21-7-1942)

Il est démontré que le virus-vaccin utilisé contre le typhus passe à travers la peau scarifiée, d'où la possibilité de vacciner contre cette affection par scarifications cutanées. La technique comporte un seul temps : prendre un comprimé de virus-vaccin enrobé et desséché et l'écraser avec XX gouttes d'eau bouillie, de manière à faire une pâte dont on peut charger 20 vaccinostyles, de quoi vacciner vingt personnes. En associant, dans le même vaccin sec, virus typhique et virus jennérien, on peut vacciner par scarifications cutanées à la fois contre le typhus et contre la variole.

Diminution du poids des nouveau-nés dans la période actuelle

(MM. BALARD et CHASTRUSSE. — Présentation par M. LESNÉ ; 28-7-1942)

M. Henri Vignes, à Paris, MM. Baron et Aubry, à Dijon, ont constaté dans les services d'accouchements qu'ils dirigent, une diminution du poids des nouveau-nés durant la période actuelle de restrictions. MM. Balard et Chastrusse ont fait la même constatation à la Maternité de Bordeaux. Dans la région bordelaise, pays à mono-culture, les restrictions alimentaires sont d'ailleurs plus importantes que dans certains autres départements agricoles et à polyculture.

— M. LESNÉ propose à l'Académie, qui l'adopte, un vœu en faveur d'une amélioration de la ration de la femme enceinte, à partir du quatrième mois.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Action remarquable de la vitamine PP dans deux cas d'acrodynie infantile

H. GOUNELLE, Y. RAOUL et A. VALLETTE. (1-5-1942)

Deux cas d'acrodynie infantile, par leur parenté symptomatique avec la pellagre, ont incité les auteurs à tenter une large invitamination à la vitamine PP, à la dose de 0 gr. 10 sous-cutanée. Cette médication rapidement active enraya net l'évolution au bout de six jours. L'indifférence affective, l'hostilité, le mutisme, les paroxysmes de fureur, l'insomnie, les troubles sensitifs des extrémités, l'anorexie disparaissent ; l'érythrœdème est considérablement amélioré, la chute des cheveux s'arrête ; tachycardie et tension rétrocèdent ; dès la deuxième injection, l'amélioration était évidente.

On ne sait encore si la guérison sera durable ; mais on peut déjà se demander si certains syndromes acrodynamiques ne relèvent pas de troubles nutritionnels, susceptibles de comporter une large part d'anicotinose.

L'état des tissus dans le diabète insipide

P. KOURILSKY, J. SICARD et J.-J. GALEY. (8-5-1942)

L'hydrophobie tissulaire n'a jamais été démontrée physiologiquement. Chez une malade observée, les tissus étaient, non pas déshydratés, mais en état de rétention d'eau ; cet état disparut après une opération qui fit disparaître le diabète insipide. Il était, en même temps, ainsi démontré que la soif peut s'observer en dehors de toute déshydratation, contrairement à la théorie habituelle. Mieux encore la cause du diabète insipide ne doit pas être cherchée dans un trouble primitivement tissulaire.

G. F.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE
DES HÔPITAUX LIBRES

Séance du 1-4-1942

Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale

M. P. SÉJOURNET ne limite plus l'hystérectomie vaginale aux cas où, dans un intérêt vital, il faut exécuter l'opération la plus rapide et la moins choquante : anémies menaçantes par hémorragies de fibromes, obésité avec tare organique, infection puerpérale, pelvi-péritonites suppurées. Il a étendu les indications de l'hystérectomie vaginale à toute une série d'utérus malades, sous condition qu'ils soient de volume modéré et qu'ils aient gardé leur mobilité. Des lésions annexielles trop accentuées contre-indiquent l'hystérectomie vaginale.

Cinquante-huit hystérectomies vaginales n'ont donné aucune mortalité, les suites opératoires ont été simples, les résultats à distance sont remarquables. Aux approches de la ménopause, en cas d'échec d'un traitement hormonal, les utérus qui saignent, fibromes ou hyperplasies glandulaires, sont justiciables de l'hystérectomie vaginale qui, étant presque toujours conservatrice, doit prendre le pas sur la radiothérapie qui stérilise les ovaires et est suivie des ennuis d'une castration prématurée. Sur 32 hystérectomies vaginales pour hémorragies utérines, dont quelques-unes après ménopause, l'examen histologique a révélé deux cancers et six lésions précancéreuses, insoupçonnées cliniquement. Certaines endométrites invétérées chroniques (15 cas) résistant aux soins locaux, aux cautérisations, relèvent de l'hystérectomie vaginale. Tenu compte de l'âge des malades, dans les prolapsus génitaux, l'hystérectomie vaginale combinée à la cure du prolapsus, met à l'abri des récidives (8 cas).

— M. J.-A. HUET s'associe aux observations de M. SÉJOURNET quant à la nécessité de faire un diagnostic étiologique extrêmement serré des hémorragies de la pré-ménopause. Un certain nombre d'entre elles sont la conséquence de la période hyperfolliculinique de la ménopause. Il faut savoir les dépister par des examens biologiques précis. Ces cas ne sont pas du domaine de la chirurgie, mais de la physiothérapie glandulaire (radiothérapie hypophysaire, diathermie hypophysaire ou mammaire).

Du traitement conservateur dans les cancers du pharynx

M. Jean GUISEZ relate deux cas récents et six cas anciens de cancer du pharynx très étendus jugés inopérables ou en tous cas qui auraient nécessité des délabrements opératoires très étendus. En effet, la région amygdalienne, la base de la langue, les ganglions angulo-maxillaires et carotidiens étaient envahis par le mal.

Par un traitement consistant en la fixation de sondes porte-radium au contact des lésions et l'application de plaques externes, l'auteur a pu constater la disparition rapide et complète de toutes les lésions suspectes et le retour à la normale. Dans les cas anciens, la survie dépasse cinq ans, neuf et dix ans ; un seul a récidivé dans le repli glosso-épiglottique un an après le traitement.

Il s'agit là d'un traitement relativement simple, non dangereux, bien supporté par les malades et analogue en somme à celui que l'auteur emploie dans les cancers de l'œsophage.

La Presse

Documents statistiques sur 174 perforations d'ulcères gastro-duodénaux

Ces 174 cas résument, pour les ulcères gastro-duodénaux, l'activité chirurgicale du Professeur LENORMANT au cours de vingt années.

Presque toujours la perforation apparaît spontanément comme l'aboutissant progressif du processus ulcéreux. La douleur immédiate et la contracture ne manquent jamais ; dans les deux tiers des cas, on note le pneumo-péritoine, moins fréquemment le vomissement initial. La recherche des antécédents gastriques est souvent positive, mais non toujours. La mortalité globale a été de 24 p. 100, mais celle-ci a diminué progressivement, en raison d'interventions devenues plus précoces. L'auteur n'a pu recueillir des renseignements éloignés que pour 42 malades ; ceux-ci se classaient suivant qu'ils n'ont pas été réopérés et ne souffrent plus ou présentent encore quelques troubles digestifs, ou suivant qu'ils ont dû être réopérés en raison de la persistance des troubles ou d'une évolution nouvelle de l'ulcère. Dans la moitié des cas environ, les malades ont cessé de souffrir, ont repris une vie normale, et sont en apparence guéris après la simple suture de la perforation. (*Presse médicale*, 8 août 1942).

La convulsivothérapie par électro-chocs

Deux médecins français, les Docteurs LAPIPE et RONDEPIERRE ont pu réaliser un appareil à électrochocs, qu'ils ont appelé sismothère ; dans le *Concours médical* du 13 juillet 1941, ils publiaient leurs premiers succès cliniques. Avec ce sismothère, A. LEGRAND a obtenu lui-même, au cours de six mois, des résultats très encourageants ; ceux-ci montrent que la sismothérapie est applicable à un très grand nombre d'états mentaux, et particulièrement aux états mélancoliques, aux dépressions psychiques, aux états confusionnels et aux états schizophréniques. Les traitements actuellement terminés ont donné à cet auteur 24,5 % de guérisons, 10,5 % d'améliorations importantes, 15,75 % d'améliorations légères, 42 % de résultats nuls, 3,5 % d'aggravations.

Il y a là, pour le psychiâtre, un terrain considérable à explorer, et les premiers résultats obtenus garantissent que la poursuite des recherches sur l'électrochoc aura les plus heureux effets sur l'avenir d'un grand nombre de malades mentaux. (*Journ. Sc. médicales de Lille*, 26 juillet 1942).

L'infection tuberculeuse d'origine intestinale chez l'enfant

CAMMANN a recherché, par la radiographie, la localisation primitive de l'infection tuberculeuse chez l'enfant ; il a mis en évidence des ganglions calcifiés grâce à trois clichés, pris systématiquement : thoracique, abdominal et cervical. Cette manière de procéder a permis de découvrir le foyer de primo-infection chez de jeunes sujets à cuti-réaction positive dans 45 % des cas : il siégeait 39 fois au niveau du thorax, 31 fois au niveau de l'abdomen, et 10 fois au niveau du cou. A noter cependant que la porte d'entrée intestinale de la primo-infection tuberculeuse ne présente peut-être pas le caractère de bénignité qu'on a voulu lui attribuer puisque, dans 10 % des méningites tuberculeuses, le complexe primaire fut trouvé au niveau des ganglions abdominaux. (*Mediz. Klinik*, 17 juillet 1942).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LA MÉDECINE SOCIALE EXPOSÉE DANS LA PRESSE MÉDICALE IL Y A UN SIÈCLE

« Tout est dit : et l'on vient trop tard depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes et qui pensent. » Cette pensée de La Bruyère m'est revenue à l'esprit quand, en feuilletant de vieux papiers, je tombai sur un numéro de la *Gazette médicale de Paris* du 11 mars 1848, où, en première page, était un appel du rédacteur en chef, Jules GUÉRIN, *au Corps médical de France,* intitulé : *De l'intervention du Corps médical dans la situation actuelle. Programme de médecine sociale* (sic).

Le Docteur Jules GUÉRIN, n'était pas le premier venu. Né en 1801, il avait 47 ans quand il a écrit cet article: Ses travaux sur le rachitisme et les déviations de la colonne vertébrale lui avaient ouvert les portes de l'Académie de médecine. Il dirigeait l'Etablissement orthopédique de la Muette et était chargé du service spécial des difformités à l'hôpital des Enfants. Il avait acheté en 1833 la *Gazette de Santé* qu'il avait dénommée *Gazette médicale de Paris.*

Il ne se confinait pas dans les travaux de sa spécialité. En 1825, il avait publié une dissertation sur *l'Observation en médecine* ; il avait rédigé en 1830, un rapport qui fit sensation à l'époque sur l'*Organisation des Facultés de médecine* ; l'année suivante, il fit paraître un mémoire sur l'*Eclectisme.* Il donna en 1841 une série de conférences cliniques à l'Hôpital des Enfants sur les *Luxations congénitales.* Nous énumérons tout cela pour bien montrer que Jules Guérin était un homme mûr, sérieux, doué d'un esprit critique et qui était apprécié dans le monde médical de son temps, quand il écrivit, il y a près d'un siècle, son article dont nous soulignons le titre : *Programme de* MÉDECINE SOCIALE.

***

Le lendemain des journées de février 1848, la France se trouvait dans un désarroi au point de vue social et administratif qui n'était pas semblable à la situation actuelle, mais qui exigeait pour en sortir, un effort comparable à celui que les circonstances nous imposent. La crise économique, un des facteurs principaux de la Révolution, avait accru dans une proportion qui était devenue tragique, l'armée des sans-travail. Dans son appel au Corps médical, le Docteur Jules Guérin affirme que 1848 n'était pas une révolution, mais « un cataclysme social », comme paraît l'être actuellement notre défaite, et se faisant quelque illusion, « le Corps médical, écrit-il, est appelé au secours de la chose publique ». L'intervention du médecin doit être utile, selon lui, « avec son double caractère de citoyen et de membre d'une *corporation* puissante et éclairée ». Ce n'est pas, dans sa pensée, la médecine qui va recevoir une impulsion nouvelle, mais les rôles étant inversés, c'est elle qui donnera cette impulsion.

Etant donné qu'on fait table rase de toutes les institutions, J. Guérin juge que le Gouvernement provisoire d'alors n'est pas un pouvoir organisateur.

L'Assemblée nationale, quand elle sera élue, « posera les principes de l'avenir ». « Le rôle du Corps médical doit être un des premiers, sinon le premier » dans la rénovation qui exige l'avènement du *travail* et de la *capacité.*

Il ne veut pas flatter le Corps médical, mais lui donner une idée exacte de sa puissance et de ses droits, car il peut rendre d'immenses services. Les buts sont imprécis parce qu'on a été pris au dépourvu mais les médecins, amis de l'Ordre autant que du progrès, doivent s'opposer aux écarts dans la régénération universelle par des résolutions calmes et des mesures salutaires. Ces conseils qui sont encore aujourd'hui de saison, sont fort sages, mais seront-ils écoutés ? ?

J. Guérin envisage alors les rapports de la médecine avec la chose publique. La médecine idéale doit devenir une réalité. La *police sanitaire,* l'*hygiène publique,* la *médecine légale* doivent être groupées et « élevées à leur plus haute signification mieux appropriée à son but de MÉDECINE SOCIALE ».

« La *médecine sociale,* rien que par son titre révè-
« lera à toutes les classes de la Société, la nouvelle
« et imposante mission du Corps médical et à ce
« Corps, le programme de cette mission ».

On devra poursuivre l'amélioration des classes inférieures, amélioration du moral par la physique ; s'occuper de l'éducation de l'enfant pauvre, de l'épuration du vice. Il faudra régler « les rapports utiles et humanitaires entre la capacité de travail aux différents âges et la nature des différentes industries ». On devra rechercher « les causes de détérioration
« physique de la classe au profit de laquelle vient de
« s'effondrer l'édifice des privilèges et les moyens de
« la rendre plus saine, plus robuste et plus heu-
« reuse ».

Par la diminution des heures de travail, l'ouvrier sera moins épuisé ; en augmentant son salaire, on accroîtra ses forces par le bien-être et la faculté d'améliorer et de substantialiser davantage son alimentation. Il en résultera un meilleur et plus productif labeur.

En attendant, c'est le chaos. Sous le prétexte de se soustraire aux privilèges, c'est le règne du hasard.

La médecine, éclairée par la philosophie, doit tracer la voie de la conciliation. « Oui, la *médecine*
« *sociale,* humanitaire, est la clef des plus grandes
« questions de notre époque de régénération, et cette
« déclaration doit être le mobile, le mot d'ordre qui
« mettra en mouvement le Corps médical ». Et J. Guérin conclut : Il suffit de vouloir.

Il regrette en outre, de n'avoir pas compris jusqu'alors l'utilité de l'Association médicale : « L'Asso-
« ciation, écrit-il, est le grand moyen pour la méde-
« cine d'accomplir sa destinée ; je veux dire l'Asso-
« ciation de fait, de pensée et de résolution ».

Il préconise une réunion de la population médicale de toute la France dont l'initiative sera prise par la réunion des médecins de Paris. « L'Association du « Corps médical, expression la plus élevée, la plus « complète des tendances actuelles (selon lui) peut « donc être considérée comme le club le plus grand, « le plus respectable et le plus puissant de notre nou- « velle révolution ».

Il faut une âme, une pensée commune de la *Corporation* médicale qui est le bien de la Société.

***

Ces paroles dictées par une idéologie généreuse mais utopique pour l'époque ne furent pas écoutées. *Vox clamat in deserto.* On doit attendre cinquante ans avant de voir l'associationisme médical s'établir en France avec les Syndicats médicaux, et presqu'un siècle avant qu'on put y parler sérieusement de réalisation de *médecine sociale*.

Nous avons cru néanmoins intéressant de faire connaître à nos lecteurs, l'article du Docteur Jules Guérin, précurseur de la *Médecine sociale* dans notre pays, appel au Corps médical de France dans des circonstances critiques assez analogues à celles dans lesquelles nous nous débattons.

J. NOIR.

LA RÉFORME DE L'ORDRE DES MÉDECINS (1)

Par Me Bernard AUGER,

Avocat aux Conseils

L'organisation corporative, ou plutôt professionnelle, des médecins a été, on le sait, entreprise depuis l'Armistice, et plusieurs lois, dont la première est du 7 octobre 1940, y ont été consacrées. Ce que sont ces lois — ce qu'elles étaient, plutôt —, les imperfections, les déficiences, de l'organisme qu'elles créaient, le *Concours médical* l'a dit, à plusieurs reprises.

Ses critiques paraissent avoir porté fruit : l'édifice législatif péniblement édifié depuis juin 1940 est jeté bas tout entier ; mais il est reconstruit, et perfectionné et complété, par une loi du 10 septembre 1942 (*Concours médical* du 1er octobre 1942).

Les conséquences de cette loi quant à l'activité professionnelle du médecin ont été examinées par M. MIGNON ; je veux, comme je l'ai fait pour les lois antérieures, rechercher ses effets juridiques et sa portée disciplinaire.

***

La loi du 7 octobre 1940 instituait, disait son titre, un Ordre des médecins. En fait, elle se bornait à doter d'organes et à gratifier de biens cet Ordre dont elle omettait de parler.

La loi du 10 septembre 1942 ne commet pas la même faute. Elle institue explicitement, dans son article 1er, un *Ordre national des médecins*, groupant tous les médecins habilités à exercer leur art, auquel, dans son article 19, elle agrège tous les praticiens de l'art dentaire, comme avait déjà fait la loi du 17 novembre 1941, dans la manière faite de sous-entendus qui était alors celle du Secrétariat d'Etat à la Santé. Les *sages-femmes* demeurent exclues ; c'est regrettable. Elles aussi, pourtant, exercent l'art de guérir ; elles aussi instituent un traitement et en dirigent l'exécution ; elles ne sont pas de simples exécutantes. Elles ont leur place marquée dans une corporation médicale ; on eût aimé que l'Ordre se confondit avec cette corporation.

Cet Ordre est une personne morale : l'art. 50 ne le dit pas expressément, mais le laisse entendre. Et cette personne morale appartient à l'Ordre administratif, puisque les décisions de ses organes sont (art. 42) susceptibles de recours pour excès de pouvoirs devant le Conseil d'Etat.

Rien n'est changé sur ce point, je ne dis pas, et pour cause, aux *dispositions* antérieures, mais aux *solutions* antérieures. Mais, pour tarir quelques sources éventuelles de difficultés, cette personnalité civile est à la fois *compartimentée* et *déléguée* ; elle n'appartient pas directement à l'Ordre ; elle appartient aux organismes qui assurent la direction de son existence, et que nous allons retrouver plus loin.

Et l'Ordre lui-même est compartimenté. Assurément, il est *un* et reste *un* ; il y a, et il n'y a qu'un Ordre national des médecins qui comprend les praticiens de l'art dentaire, et est administré par un *Conseil national*. (Le Conseil supérieur actuel disparaît). Mais les médecins, de médecine générale et spécialistes à l'exception des stomatologistes, sont groupés d'un côté, les praticiens de l'art dentaire y compris les stomatologistes, de l'autre, dans des *collèges départementaux*. Chaque collège est administré par un Conseil, les deux Conseils tenant périodiquement des Assemblées communes. Et le Conseil national lui-même se divise en deux sections : section médicale et section dentaire. Chaque section du Conseil national, chaque Collège départemental dispose de la personnalité civile dont il ou elle jouit pour les besoins généraux des intérêts dont il ou elle a la garde. En sorte que, s'il y a lieu d'agir en justice, ce n'est pas l'Ordre lui-même qui figurera à l'instance, en demande ou en défense, ce n'est pas lui qui acquerra les biens de l'Ordre ; ce sera, suivant le cas, la section intéressée du Conseil national, ou un Collège départemental.

Le Conseil national ne se contente pas d'être l'organe de l'Ordre ; il constitue sa représentation ; à peu près comme si les droits d'une commune étaient exercés par le Conseil municipal, et non par elle ; si les biens de la commune étaient possédés par le Conseil municipal et non par elle. C'est une conception un peu étrange ; mais comme les différents Conseils dont il s'agit ne peuvent pas se dissocier du corps qu'ils représentent, cette répartition des personnalités ne paraît pas présenter d'inconvénients.

Le cadre ainsi tracé, voyons ce qui s'y place.

***

L'Ordre a une double mission : disciplinaire et administrative :

Disciplinaire — il a la garde de l'honneur, de la moralité et de la discipline de la profession médicale ;

Administrative — il assure la défense et la gestion des intérêts corporatifs (art. 1er).

I. — DISCIPLINE

La discipline d'une compagnie est une expression dont le sens, assez imprécis, exprime des notions assez diverses. La discipline comprend :

— le *recrutement* de l'Ordre ;

— le *comportement* de ses membres, tant envers leurs confrères qu'envers les tiers.

Elle doit tendre, essentiellement, à ne composer l'Ordre que d'individus d'une moralité éprouvée et qui n'aient point commis de faute contre l'honneur ;

— à prévenir les fautes contre la moralité, intra et même extra professionnelle, et contre l'honneur ;

— à réprimer ces fautes, si elles ont été commises.

Elle doit prévenir, et apaiser, les conflits entre confrères.

Le *Concours médical* s'est déjà, maintes fois, expliqué sur la *discipline médicale* ; il a, notamment, commenté le *Code de déontologie* qui détermine les devoirs professionnels des médecins. Ce Code, œuvre du Conseil supérieur, doit, à mon sens, survivre à son auteur, au moins provisoirement. Il y est, d'ailleurs, expressément référé dans l'art. 40 de la nouvelle loi. Mais sa survie n'est que provisoire ; un nouveau *Code de déontologie* doit être édicté par un règlement d'administration publique — ce qui ne laissera pas de poser des problèmes juridiques assez délicats. Toutefois, comme ce nouveau Code n'a pas encore vu le jour, nous nous contenterons, pour l'instant, de renvoyer aux travaux antérieurs.

a) Comment cette discipline est-elle assurée désormais ? Ici, la loi nouvelle contient quelques innovations.

Le projet de loi créant un Ordre des médecins, voté par la Chambre des Députés le 9 décembre 1932, avait confondu l'action disciplinaire et l'action administrative. La Commission du Sénat proposa de renoncer à cette confusion ; la fonction disciplinaire, dit son rapport (*Concours médical* du 25 février 1934, p. 576) doit s'exercer dans un cadre plus vaste que le cadre départemental, de façon à éviter que des médecins, amis ou rivaux des intéressés, ne soient en trop grand nombre dans l'organisme chargé de la discipline de l'Ordre. Le législateur de 1940, au contraire, avait cru devoir concentrer au premier degré dans le département toutes les fonctions des organes de l'Ordre ; l'expérience a montré que cela n'allait pas toujours sans inconvénient.

La nouvelle loi dissocie, comme l'avait proposé le Sénat, la fonction disciplinaire des autres attributions des organes de l'Ordre ; elle les confie à un Conseil régional, qui n'a pas la personnalité juridique, et qui n'a rien d'autre à faire, que de veiller à la discipline des collèges départementaux compris dans sa circonscription.

Il existe un *Conseil régional* au siège de chaque *région sanitaire*, et il se compose — de 9 membres, médecins inscrits sur les tableaux de l'Ordre de la circonscription, nommés dans les conditions prévues à l'art. 9 ; — de 4 praticiens de l'art dentaire, comprenant au moins un docteur en médecine, nommés dans les mêmes conditions (les stomatologistes relèvent du Conseil ordinaire (art. 26)) ; — d'un Conseil juridique, désigné selon les formes prévues à l'art. 10.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé choisit, parmi les membres du Conseil, un président.

Ces dispositions paraissent fort simples ; elles le sont en effet. Mais elles eussent gagné à l'être moins ; car leur application est, ou tout au moins restera quelque temps fort difficile.

Tout d'abord, le texte est amphibologique, au moins pour les médecins. Les listes de propositions sont établies, dit-il, par les Conseils des Collèges départementaux. Mais comment ? Les Conseils devront-ils s'entendre pour présenter une liste commune, qui comprendra trois fois plus de noms que de sièges à pourvoir, et au moins trois noms pour chaque département ? Ou établiront-ils chacun une liste ? Dans ce cas, de combien de noms ? J'inclinerais, pour ma part, pour la première solution.

En second lieu, les limites des régions ne coïncident pas toujours avec celles des départements ; elles suivent, dans certains cas, les limites de la zone occupée. Un département pourra donc dépendre de deux Conseils régionaux ; ce sera le cas pour le Jura, l'Allier, l'Ain, la Charente, la Dordogne, la Gironde, les Landes, les Basses-Pyrénées, l'Indre-et-Loire, la Vienne, l'Indre, le Cher, Saône-et-Loire. Il faudra donc que ces départements aient des représentants dans deux Conseils.

b) Mais supposons le Conseil régional constitué. Quelles seront ses *attributions* ?

Tout d'abord (art. 8 et 54), il dresse, par département — ou par fraction de département — le tableau public des médecins qui, remplissant les conditions imposées par les lois et règlements pour l'exercice en France de la médecine, doivent être admis à pratiquer leur art.

Complété comme nous avons dit plus haut, il dresse un tableau des chirurgiens dentistes, et extrait du tableau des médecins la liste des stomatologistes, pour la faire figurer à part.

Il semble résulter de ces dispositions que c'est au Conseil régional qu'il appartiendra de choisir entre les praticiens juifs qui concourraient pour exercer dans un département de son ressort. Mais que se passera-t-il dans les départements divisés ? Comment les deux Conseils s'entendront-ils pour se répartir les places disponibles ? Notez qu'en zone occupée, diverses circonstances font que l'empressement à les occuper ne sera pas très grand ; mais alors ces places seront-elles reportées en totalité sur la zone libre ? C'était la solution admise jusqu'ici ; mais elle semble avoir cessé d'être vraie ; car on ne saurait admettre qu'un Conseil régional calculât un pourcentage sur un nombre de praticiens dont une partie échappe à sa juridiction. Toutefois, naturellement, les Juifs actuellement inscrits, seraient-ils en surnombre dans leur fraction de département, demeureront inscrits ; le pourcentage normal ne sera rétabli que par extinction.

En second lieu, le Conseil régional est la *juridiction disciplinaire* de l'Ordre — il est, purement et simplement, substitué aux anciens Conseils départementaux de l'Ordre. Nous n'avons donc pas à développer en quoi consiste son action ; nous dirons seulement que, en cette qualité, le Conseil doit statuer sur les différends entre médecins ou praticiens de l'art dentaire, et sur les poursuites disciplinaires intentées à un médecin ou à un praticien de l'art dentaire de son ressort. Rappelons que, quand un chirurgien dentiste ou assimilé est en cause, le Conseil se complète des quatre praticiens de l'art dentaire dont nous avons parlé plus haut.

c) Comment s'exerce cette action disciplinaire ?

La loi, pas plus que les lois antérieures, ne le dit explicitement. Car le Conseil régional est inorganisé ; on lui donne un président et un conseil juridique, et, pour le reste, on le laisse à son inspiration. Il siègera, à mon sens, dans les locaux de la direction générale de la Santé, dont les bureaux assureront son service de chancellerie, si l'on peut dire ; il devra prendre, dans son sein, un secrétaire, qui dirigera ce service, et qui devra autant que possible, être pris parmi les membres résidant au chef-lieu ou non loin du chef-lieu. Pour ce qui est de sa procédure, l'art. 40 se contente de dire que « le Conseil régional de l'Ordre appelle devant lui les médecins ou les chirurgiens dentistes prévenus...... L'action est intentée soit sur l'initiative du Conseil régional, soit à la requête du Conseil national de l'Ordre ou de la Section dentaire, soit, enfin, sur l'injonction du Secrétaire d'Etat à la Santé », qui, seul, pourra mettre en mouvement l'action disciplinaire pour les fautes professionnelles com-

mises par les médecins fonctionnaires dans l'exercice de leurs fonctions.

Je comprends ce texte ainsi : lorsque le comportement d'un praticien sera tel qu'il paraîtra justifier des poursuites disciplinaires, et que le bruit en sera parvenu aux oreilles d'un membre du Conseil régional du ressort, celui-ci soumettra le cas à ses collègues, et les priera d'en délibérer.

Le Conseil du Collège départemental, le Conseil national, le Secrétaire d'Etat à la Santé, le praticien qui croira devoir se plaindre d'un confrère, le particulier qui croira devoir dénoncer certaines fautes — mais qui devra agir avec prudence, car il risquerait des poursuites pour dénonciation calomnieuse — adresseront requête au président du Conseil régional, avec documents à l'appui,

Observation étant faite que les poursuites disciplinaires ne feront pas obstacle aux actions de toute nature que Ministère Public ou particuliers croiraient devoir exercer devant les Tribunaux ordinaires, ce qui, ai-je montré dans mon commentaire du Code de déontologie, est le droit commun, mais que la loi dit expressément (art. 45) ;

qu'elles ne font pas davantage obstacle aux poursuites disciplinaires dirigées, à raison des mêmes faits, contre un médecin fonctionnaire par son administration ;

ni même aux sanctions qui, au cours d'une instance en paiement d'honoraires dus à raison de l'application d'une loi sociale, seraient appliquées au médecin, non plus qu'aux instances qui, à cette occasion, pourraient être dirigées contre lui (même texte). Ceci vise les suspensions, interdictions, retenues, etc., prononcées contre les médecins, à propos de l'application de l'art. 64 de la loi du 31 mars 1919, à propos de l'Assistance médicale gratuite ou des Assurances sociales.

Il semble que le Conseil ne soit pas libre de rejeter cette requête, si elle lui est adressée par le Secrétaire d'Etat à la Santé : ce dernier, avons-nous vu, lui fait des *injonctions*. Dans tous les autres cas, il doit, semble-t-il, délibérer sur le point de savoir s'il y a lieu à poursuites. Dans la négative, il doit, toujours semble-t-il, rendre une décision motivée de rejet ; dans l'affirmative, son secrétariat adressera à l'intéressé une convocation pour une séance dont la date devra être fixée assez éloignée, pour qu'il ait le temps de réunir les éléments de sa défense ; le dossier devra être tenu à sa disposition au Secrétariat pour communication sans déplacement.

Si l'instance est engagée sur la plainte d'un autre praticien ou d'un particulier, le plaignant devra être convoqué également.

Si elle est engagée sur la plainte d'un Collège départemental, le Conseil de ce Collège devra être avisé d'avoir à déléguer un de ses membres pour soutenir sa plainte.

Le Ministère public sera représenté par le Directeur régional de la Santé ou un de ses inspecteurs, à ce délégué (art. 48). Mais il faut s'entendre sur ce que signifie ce terme de *Ministère public* qui paraît tout à fait impropre. Le Directeur régional, en effet, n'est pas poursuivant, même comme partie jointe, comme l'est le Parquet devant les tribunaux correctionnels ; son rôle est seulement de donner son avis à l'audience, comme le Commissaire du Gouvernement du Conseil de Préfecture ; il n'a pas de réquisition à prendre et ses conclusions n'engagent pas le Secrétaire d'Etat à la Santé.

La séance ne sera pas publique, et le procès-verbal en demeurera secret.

Les parties — au nombre desquelles je comprends le plaignant, *dans le cas seulement où il est praticien*—, pourront se faire assister soit d'un avocat, soit d'un confrère de leur choix ; elles pourront déposer des conclusions écrites, et les appuyer d'observations orales. Une enquête pourra être ordonnée, au besoin d'office ; la décision qui l'ordonnera fixera les faits sur lesquels elle portera. Elle aura lieu soit devant le Conseil lui-même, soit devant un de ses membres à ce délégué, au lieu indiqué par lui. Les parties se chargeront de convoquer elles-mêmes leurs témoins. Je ne pense pas que ceux-ci aient à prêter serment ; cette formalité n'est pas prévue en matière disciplinaire ; mais, s'ils faisaient un faux témoignage, ils seraient passibles des peines de l'art. 363 C. pén. relatif au faux témoignage en matière civile. Il sera pris note de leurs déclarations, et l'on dressera procès-verbal de l'enquête.

Si ces témoins sont des médecins ou des chirurgiens-dentistes, *ils ne pourront pas se retrancher derrière le secret professionnel*, l'art. 45 le dit expressément, résolvant ainsi une question dont le *Concours* avait montré l'importance dans son Commentaire du Code de déontologie. *Aucune disposition semblable n'existe en matière civile ou pénale* ; en sorte que nous assistons à ce spectacle paradoxal, que l'obligation au secret, tenue pour absolue devant les tribunaux de droit commun, disparaît en matière disciplinaire... Le législateur a pensé, à juste titre, qu'il n'était pas dangereux de faire subir ici une entorse aux principes : l'audience n'est pas publique ; s'il est tenu note des dépositions, ces notes, qui ne sont qu'officieuses, serviront à l'usage exclusif des membres du Conseil, et il ne pourra en être donné communication ; car l'art. 47 dispose en termes exprès que *les membres du Conseil régional et toutes les personnes attachées à son service, sont tenus au secret professionnel pour tous les faits parvenus à leur connaissance à l'occasion de l'exercice de leur mandat ou de l'exécution de leur service.*

Il peut être statué par défaut, si l'intéressé ne se présente pas ; il ne semble pas, toutefois, qu'il puisse être donné défaut congé en l'absence du plaignant dûment convoqué ; sa plainte a été prise en considération, puisque l'action disciplinaire a été mise en mouvement, et le Conseil a les éléments nécessaires pour la poursuivre.

Beaucoup de litiges entre praticiens sont fondés sur des malentendus, des imprudences, enfin, sur des faits sans gravité. Le Conseil, peut, et doit, alors se borner à des conseils officieux, et à tenter de réconcilier les deux antagonistes.

Si les faits sont plus graves, il peut aller jusqu'à des injonctions ; ces injonctions, sont, en quelque sorte, prémonitoires de peines disciplinaires qui seraient prononcées au cas de récidive. Il peut, conseiller à un praticien qui aura par trop cyniquement écumé la clientèle d'un confrère d'indemniser ce dernier ; mais j'ai déjà dit à propos du Code de déontologie, qu'il ne peut pas prononcer de condamnations pécuniaires ; il doit, en ces matières, se borner à un avis officieux. Si le plaignant ne s'en contente pas, il peut saisir les tribunaux ordinaires.

Les décisions doivent être notifiées à l'intéressé, d'une part, au Secrétaire d'Etat à la Santé, en la personne du Directeur régional, au siège des services de ce dernier, de l'autre, (sous-entendu dans l'art. 42), et, sans doute aussi, au plaignant, particulier, confrère ou Conseil du Collège départemental. Comment ? — Je conseille la lettre recommandée avec accusé de réception.

d) Voies de recours.

Les décisions de condamnation peuvent être frappées d'appel par l'intéressé.

Les décisions d'acquittement, ou prononçant une peine insuffisante, peuvent l'être aussi par le Secrétaire d'Etat à la Santé (art. 42).

Peuvent-elles l'être aussi par le plaignant ?

Si le plaignant est un simple particulier, je ne le pense pas. Non pas que j'estime que le silence du texte prive le plaignant du droit d'appel : pour moi, ce droit est inhérent à l'existence d'une juridiction d'appel, et, pour qu'il ne soit pas permis d'en user, il faut que la loi le dise expressément. Mais le plaignant n'a pas intérêt à la condamnation, qui n'est, pour lui, d'aucune conséquence ; il n'est pas partie à l'instance; il est simple témoin.

S'il est un médecin, un praticien, lésé par les agissements de l'intéressé, j'estime, au contraire, qu'il a le droit d'appeler. Dans son cas, le Conseil régional n'est pas qu'un simple organe disciplinaire ; il est arbitre du différend des deux praticiens. On ne saurait admettre qu'une des parties eût le droit d'appeler de sa sentence, et non l'autre.

Si la plainte émane d'un Conseil de Collège départemental, pas d'appel possible de sa part. Car ce Conseil, lui non plus, n'est pas partie à l'instance; il n'est pas Ministère public ; il est simple dénonciateur. Tout ce qu'il pourra faire sera de signaler le fait au Secrétaire d'Etat à la Santé, pour que celui-ci use de son droit d'appel — faculté dont pourra user aussi le plaignant particulier.

Le délai d'appel est de deux mois à compter de la notification, c'est-à-dire à compter de la réception de cette notification.

L'appel est suspensif (art. 42 *in fine*). Thèse que le « Sou médical » n'avait cessé de soutenir, et que la loi nouvelle rend ainsi indiscutable.

Il est porté devant le Conseil national, cet organisme dont nous avons parlé plus haut.

Non pas devant ce Conseil lui-même, mais devant une de ses émanations, la *Chambre de discipline.*

La procédure sera celle suivie devant le Conseil régional ; le Ministère public sera représenté par un inspecteur général de la Santé, qui n'aura d'autre pouvoir que de conclure à l'audience, c'est-à-dire de donner son avis, comme les Commissaires du Gouvernement devant les juridictions administratives.

Le Conseil national pourra, au besoin d'office, atténuer ou aggraver les sanctions prises (art. 48).

Enfin les décisions de la Chambre de discipline du Conseil national pourront être déférées au Conseil d'Etat pour excès, détournement de pouvoirs, incompétence ou vice de forme. J'ai déjà indiqué ailleurs, dans le *Concours*, la procédure de ce genre de recours. Je n'en dirai donc qu'une chose, à savoir que c'est un véritable pourvoi en cassation, à l'occasion duquel les faits de la cause ne peuvent, en principe, être discutées à nouveau.

(*A suivre*).

CHEZ LES CORPORATISTES

A la suite du compte rendu, qui a paru dans notre Journal le 11 *octobre* 1942, *du premier Congrès du Groupement corporatif sanitaire français, nous avons reçu de Monsieur le Professeur Aubertin, la note ci-dessous :*

Dans le compte rendu qu'il a fait paraître dans le *Concours médical* du 11 octobre 1942, de la séance de clôture du 1er Congrès du G. S. C. F., J. Mignon m'a prêté des conceptions tellement erronées que je l'ai prié d'insérer le texte exact des passages de ma conférence, que sa verve imaginative avait ainsi travestis. J. Mignon est trop entraîné au jeu de la polémique pour ne pas savoir qu'il suffit de quelques mots à l'emporte-pièce pour dénaturer, puis ridiculiser une doctrine, alors que des pages sont nécessaires pour exposer celle-ci et rétablir la vérité. J. Mignon n'en a pas moins refusé d'accéder à ma demande, invoquant les restrictions imposées à son périodique, puis se retranchant derrière la loi du 19 septembre 1919, en vertu de laquelle il m'a finalement donné 125 lignes....., comme à l'école.

A l'école, J. Mignon ferait bien de retourner, malgré son âge. Cela lui permettrait d'apprendre que le « système d'horlogerie » corporatif étudié par La Tour-du-Pin (et par beaucoup d'autres) ne date pas de ce dernier, mais d'un certain nombre de siècles avant lui, appliqué qu'il fut jusqu'à la Révolution presque tout au long de notre histoire, que notre polémiste a, il est vrai, une façon assez stupéfiante de rayer d'un simple trait de plume, à cet égard.

Le Corps médical, comme tous les corps professionnels, est le dépositaire d'un patrimoine de connaissances et d'usages qui s'est constitué peu à peu au cours des âges, qui s'augmente et se perfectionne à chaque génération nouvelle et se transmet ensuite aux générations ultérieures pour qu'elles le développent à leur tour et l'adaptent aux impératifs de l'époque. La médecine et ses domaines n'appartiennent donc, en droit, qu'aux médecins ; et nous en avons assez, bien que propriétaires légitimes, d'être toujours traités sur notre propre terrain, comme des mineurs et des salariés, mis sous la tutelle des administrations publiques, des Assurances sociales, des mutuelles de toute nature, des entreprises privées et même parfois de formations appartenant à de simples particuliers. Nous sommes assez grands et assez raisonnables (n'est-ce pas, J. Mignon) ? et qui plus est, nous sommes seuls qualifiés pour régir notre profession. Alors, qu'on nous laisse organiser nous-mêmes les services inhérents au maintien de la santé, élire nous-mêmes nos administrateurs, édicter nous-mêmes nos règles professionnelles, les faire respecter nous-mêmes, discuter nous-mêmes de nos honoraires avec les usagers du métier, si puissants qu'ils soient, gérer nous-mêmes nos biens spirituels et matériels.

C'est parce que nous voulons que le maximum de compétence préside à l'exercice de la fonction que nous demandons que toutes les disciplines de l'art médical soient représentées dans nos conseils. Et voilà pourquoi nous réclamons la constitution de syndicats homogènes de chirurgiens, de médecins et de spécialistes élisant leur bureau, ces bureaux élisant à leur tour le Conseil de l'Ordre régional, le Conseil national étant composé de délégués élus par les conseils régionaux, et l'ensemble de ces organismes régissant la profession dans toutes ses activités. Tel est le « parlementarisme » que nous reproche J. Mignon. Si la France n'en avait jamais connu d'autre, elle ne subirait pas les dures épreuves de l'heure présente. C'est une absurdité que de demander périodiquement à tous les citoyens d'émettre leur avis sur des questions dont ils ignorent les données et d'exposer les destinées d'un pays à l'incapacité d'une assemblée de démagogues dont le seul titre est d'avoir su capter la confiance de leurs électeurs. C'est une politique rationnelle que de laisser à l'Etat les charges qui lui incombent naturellement, telles que la défense nationale, la politique extérieure, le maintien de l'ordre à l'intérieur, et aux groupements professionnels les diverses fonctions qui relèvent de leur spécialité.

Cette décentralisation ne doit pas cependant aboutir à constituer l'anarchie. Le régime corporatif ne réaliserait aucun progrès sur le régime individualiste s'il devait avoir pour effet de substituer au règne de l'égoïsme individuel celui des égoïsmes collectifs. Et voilà pourquoi il n'est pas un corporatiste qui n'appelle de ses vœux, en même temps que

l'avènement des corporations, celui d'un Etat fort, veillant à empêcher éventuellement, sans défaillance, les abus, les empiètements, les irrégularités et les insuffisances de ces corporations. De ce que cet Etat laisserait se constituer des petites républiques professionnelles autonomes, il ne suit pas qu'il leur donnerait le droit de faire n'importe quoi, n'importe comment, comme le faisait la République elle-même. Tant que J. Mignon ne saisira pas la différence qu'il y a entre la Liberté, génératrice de toutes les licences, et les libertés professionnelles, génératrices de qualité, sous le signe de la compétence, il ne comprendra rien au système corporatif français et il vaudrait mieux, alors, qu'il en parlât moins.

Ceci lui éviterait de soutenir, avec une totale incompréhension — je veux croire, du moins, qu'il ne s'agit que de cela — que les corporations entendent bien que l'autorité doit « régenter tout le monde sauf eux-mêmes » (*sic*), ou qu'ils « ne cessent de revendiquer des libertés pour eux-mêmes » (*resic*). Ceci le garderait également de les accuser de manquer de « mystique », car l'un des caractères dominants de l'esprit corporatif le plus pur, tel qu'il s'est affirmé à l'apogée de notre histoire, c'est d'être imprégné de la notion de la fonction publique à remplir, et par suite de celle de la primauté du bien commun sur les intérêts particuliers. J'ai, pour ma part, insisté sur ce point tant de fois et avec tant de force lors de ma conférence, que j'ai le droit de protester avec indignation contre les sentiments « d'un juridisme désuet » que nous prête J. Mignon, dont le lecteur serait bien en peine, au reste, de connaître la « mystique » et même seulement les opinions, aux lieu et place desquelles il ne peut trouver dans son compte rendu que des railleries sans fondement.

Dr AUBERTIN.

2 novembre 1942.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Allocations familiales

Loi du 11 *septembre* 1942 *donnant pouvoir aux Juges de paix d'infliger sans appel une amende civile de* 24 *à* 200 *francs contre tout assujetti aux allocations familiales qui ne s'est pas inscrit à une Caisse ou qui n'y a pas acquitté les cotisations.*
(*J. O.*, 23 octobre 1942).

Assistance médicale gratuite

Arrêté du 12 *août* 1942 *autorisant les villes de Tours et Chinon à renoncer à leur organisation spéciale en matière d'A. M. G.* (*J. O.*, 22 octobre 1942).

Arrêté du 1er *octobre* 1942 *autorisant la ville de Saint-Denis à renoncer à son organisation spéciale en matière d'A. M. G.* (*J. O.*, 22 octobre 1942).

Exercice de la médecine

ETUDES MÉDICALES

Loi du 19 *octobre* 1942 *instituant une limitation du nombre des étudiants admis à s'inscrire en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine.*

Art. 1er. — Le ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale arrête, chaque année, en tenant compte des besoins prévisibles, après avis du secrétaire d'Etat à la Santé et du Conseil national de l'Ordre des médecins, le nombre des étudiants autorisés à prendre la première inscription en vue du diplôme d'Etat de docteur en médecine dans chaque Faculté ou Ecole.

Le contingent attribué à chaque Faculté ou Ecole est fixé d'après le nombre des étudiants ayant obtenu dans la même Université le certificat éxigé par l'article 2 du décret du 6 mars 1934 au cours de l'année scolaire précédente.

Art. 2. — La présente loi sera appliquée à partir de l'année scolaire 1944-1945.

Pour l'année scolaire 1943-1944, le nombre des étudiants admis à s'inscrire dans chaque Faculté ou Ecole, tant en première qu'en deuxième année, ne pourra dépasser le nombre des étudiants qui y ont été inscrits au début de l'année scolaire 1937-1938.

(*J. O.*, 27 octobre 1942).

Médecins étrangers

1° Médecins autorisés

Arrêté du 1er octobre 1942

Art. 1er. — Les praticiens dont les noms suivent sont relevés de l'interdiction édictée par l'article 1er de la loi du 22 novembre 1941 et, en conséquence, autorisés à exercer leur profession, sous réserve de satisfaire par ailleurs à toutes les autres lois ainsi qu'aux décrets ou règlements régissant l'exercice de ladite profession.

Dr Weridis (Georges), exerç. ant. à Villefranche-sur-Mer (A.-M.) ; Dr Warden (Archibald), exerc. à Cannes (A.-M.) ; Dr Lavoipierre (Marie-Joseph), exerç. à Valence (Drôme) ; Dr Nemorin (Emmanuel), exerç. à Montpellier (Hérault) ; Dr Gak (Szejncia), exerç. à Pau (B.-P.) ; Dr Yeretzian (Elie), exerç. à Villelongue-la-Salanque (Pyr.-Or.) ; Dr Baguette (Marie-Thérèse), exerç. à Paris ; Dr Eliet, née Bronislawski (Jadwiga), exerç. à Paris ; Dr Kohn, dite Kohn-Enriquez (Germaine), exerç. à Paris ; Dr Kouchner (Georges), exerç. aux Lilas ; Dr Lambroschini, née Kaz (Irène), exerç. à Paris ; Dr Lavoipierre (Marie-Joseph), exerç. à Paris ; Dr Neyman (Marie-Lily), exerç. à Paris ; Dr Sanz de Santamaria, née Tzeviline (Rosa), exerç. à Paris ; Dr Schmid (Georges), exerç. à Paris ; Dr de Zalewsky (Michel), exerç. à Paris ; Dr Lederer (Wilfrid), exerç. à Marly-le-Roi (S.-et-O.) ; Dr Spinadel (Jacques), exerç. à Enghien-les-Bains (S.-et-O.) ; Dr Dossa (Gulam-Hussen), exerç. à Caderousse (Vaucluse).

(*J. O.*, 22 octobre 1942).

2° Médecins interdits

Art. 1er. — Le bénéfice des dérogations prévues par la loi du 22 novembre 1941 est refusé aux praticiens d'origine étrangère dont les noms suivent à qui l'exercice de la profession est, en conséquence, définitivement interdit :

Dr Agid (René), exerç. ant. à Nice (A.-M.) ; Dr Cumbo (Albert), exerç. ant. à Pégomas (A.-M.) ; Dr Rogan (Arthur), exerç. ant. à Nice (A.-M.) ; Dr Jolles (Ferdinand), exerç. ant. à Montpellier (Hérault) ; Dr Schwartz (Félix), exerç. ant. à Laigle (Orne) ; Dr Joseph (Léon), exerç. ant. à Asnières (Seine) ; Dr Lob (Eugène), exerç. ant. à Paris ; Dr Popovsky (Nicolas), exerç. ant. à Paris ; Dr Schonfeld, née Tchernoff (Anna), exerç. ant. à Paris ; Dr Siegler (Jonel), exerç. ant. à Paris ; Dr Sterianos (Athanase), exerç. ant. à Paris ; Dr Stolanoff (Constantin), exerç. ant. à Paris ; Dr Theophilides (Polymenis), exerç. ant. à Bagneux (Seine) ; Dr Tisler (Léon), exerç. ant. à Saint-Denis (Seine) ; Dr Winkler (Rosa), exerç. ant. à Paris ; Dr Grunfeld (Eugène), exerç. ant. à Meaux (Seine-et-Marne) ; Dr Zimmer (Hirch), exerç. ant. à Lagny (Seine-et-Marne) ; Dr Dischwang (Abraham), exerç. ant. à Labastide-Rouairoux (S.-et-O.) ; Dr Zalman (Burah), exerç. ant. à Availles-Limouzine (Vienne).

(*J. O.*, 22 octobre 1942).



ÉCHOS & COMMENTAIRES

RELEVE DES MÉDECINS PRISONNIERS. — LES CONSEILS DÉPARTEMENTAUX ET L'ENTENTE DIRECTE EN MATIERE D'ASSURANCES SOCIALES. — BONS D'ÉPARGNE ET MÉDECINE. — JOURNÉES D'ÉTUDES DE LA FÉDÉRATION DES C. C. M. — LA DURÉE DES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE-MALADIE.

Nous avons reçu récemment de cinq médecins prisonniers une lettre que nous avons charge de transmettre au service de Santé militaire.

Cette lettre nous la publierons sitôt que le service de Santé nous aura fait connaître la réponse qu'il lui donne.

Mais là ne saurait se borner notre action : la défense des médecins prisonniers que le *Concours* s'est engagé à poursuivre ne peut se satisfaire des promesses largement distribuées depuis dix-huit mois, si mesquinement amenuisées dès qu'il s'agit de passer aux actes. On sent la colère monter derrière les barbelés. Ce n'est pas en se bouchant les oreilles que l'on efface une iniquité ; celle-ci appelle une réparation urgente.

Le Secrétaire d'Etat à la Santé, dans son discours d'Aurillac, a expressément adopté la thèse que nous soutenons ici depuis de longs mois : « c'est aux médecins militaires d'abord de soigner les militaires, *en quelque situation qu'ils se trouvent et en quelque lieu que ce soit* ». A l'armée française prisonnière, les médecins militaires doivent donner leurs soins sans équivoque possible. On ne peut tolérer qu'ils éludent cette obligation ; il eut été élémentaire d'en revendiquer l'accomplissement comme une mission de choix. Nous regrettons d'avoir à noter une défaillance qui soulève la réprobation unanime.

En même temps le Ministre rappelait que « les médecins retenus en captivité sont en fait toujours sous les drapeaux... et que le seul département ministériel qualifié pour traiter la question de la relève est le *ministère de la Guerre.* »

Il est possible que subsistent certains obstacles extérieurs à la libération des sanitaires. Sont-ils réels ? Servent-ils de prétexte ? En tous cas, ce n'est pas l'esprit qui a régné jusqu'ici dans les cercles militaires qui en viendra à bout.

***

Nos lecteurs se souviennent de la controverse soulevée en juillet 1941 par un audacieux communiqué du ministère du Travail sur le caractère prétendument limitatif, pour les honoraires médicaux, des tarifs de responsabilité des Caisses prévus par la loi du 29 mai 1941. Le Conseil supérieur en présence d'une massive levée de boucliers, avait précisé que la fixation d'un tarif maximum ne pouvait être envisagée « *que pour certains actes déterminés, pour un temps limité, sur l'initiative et avec accord des Conseils départementaux* ».

Montrant l'exemple, les Conseils départementaux de la région sanitaire de Paris, ont, dès le mois d'avril dernier, passé avec l'Union des Caisses de la région parisienne, une convention — modèle du genre — dans laquelle le principe de l'entente directe est expressément proclamé, les honoraires devant être en principe fixés au taux minimum prévu dans la convention. Mais des exceptions sont prévues et des honoraires supérieurs peuvent être demandés, notamment « *si les titres et la notoriété du médecin, la situation de fortune de l'assuré, l'importance du service rendu, ou quelque circonstance particulière le justifient* ».

Or, il nous revient que certain Conseil départemental de la région de l'Est aurait accepté récemment de signer avec les Caisses régionales une convention qui, si elle a l'excuse d'être la reconduction sur ce point de l'ancienne convention syndicat-caisse, est malheureusement bien plus rigide que la convention des départements de la région parisienne. L'engagement est pris d'appliquer uniquement le tarif minimum : une seule exception est prévue au profit du médecin *justifiant de titres professionnels indiscutables.*

Puisque cette convention est signée, il n'y a plus à y revenir. Mais comme elle doit être renouvelée dans un an, il serait souhaitable que le Conseil départemental en question puisse, à l'occasion du renouvellement, à l'exemple des conseils de la région parisienne, se réserver le droit d'apprécier — dans le cadre des articles 18 et 21 du Code de déontologie relatifs aux honoraires — si quelque circonstance spéciale autre que les titres du médecin ne justifie pas la fixation d'honoraires à un taux supérieur au tarif minimum.

N'oublions pas que c'est aux Conseils départementaux qu'il appartient — en l'absence d'une convention-type — de mener le bon combat pour assurer, dans l'offensive actuelle des Caisses contre l'entente directe, le triomphe de ce principe essentiel de la Charte médicale.

***

Un indice intéressant des préoccupations du public à l'égard des frais médicaux et chirurgicaux vient de nous être donné par le concours des bons d'Epargne : les petits épargnants ont en majorité placé au premier rang des cas de remboursement anticipé la *maladie ou l'intervention chirurgicale.*

Le français moyen semble donc avoir l'angoisse de la maladie ou de l'opération. Mais la solution de l'épargne individuelle, même avec faculté de mobilisation avant terme, ne nous semble point répondre à ce besoin social de sécurité.

L'assurance, forme moderne de l'épargne, est à tous égards préférable. Et voilà pourquoi nous souhaitons le développement des Caisses chirurgicales actuelles, la création de Caisses médicales mutuelles.

L'initiative de leurs fondations est par avance plébiscitée.

***

Notons à cet égard avec intérêt les journées d'études fédérales tenues à Paris les 24 et 25 octobre dernier par la Fédération nationale des Caisses chirurgicales mutuelles. L'ordre du jour comportait notamment l'étude de l'organisation médicale nouvelle, de la Nomenclature des actes professionnels, des rapports entre la Mutualité chirurgicale et les Comités sociaux, enfin d'un projet de réforme de la loi du 1er avril 1898, texte fondamental des C. C. M. Il serait également question d'une unification de la Mutualité chirurgicale.

***

Au cours du Congrès du groupement corporatif sanitaire, divers orateurs se sont élevés contre les dispositions légales limitant à six mois de soins les prestations de l'assurance maladie — dispositions qui reviennent à abandonner les malades graves au moment où ils ont le plus besoin de l'assurance.

Il existe heureusement dans l'arsenal législatif quelques textes qui assouplissent un peu l'incontestable rigueur du délai de six mois, textes qui sont par trop ignorés des praticiens et des assurés, et que certaines caisses mettent une mauvaise volonté flagrante à appliquer.

Nous voulons parler en premier lieu de la *réouverture du droit aux prestations* après une période de guérison apparente de plus de deux mois, puis de *l'article* 33 *du R. A. P.* permettant aux Caisses, en cas d'infirmité laissant présager une invalidité future, d'allouer les prestations en natures, à titre de soins préventifs, pendant deux délais complémentaires de six mois ; enfin de *l'article* 6, *paragraphe* 16, relatif aux *prestations spéciales de deux ans* versés en cas de maladie n'entraînant pas cessation du travail.

Certes dans ces deux dernières hypothèses il s'agit là de dispositions facultatives ne donnant pas de véritables droits aux assurés. Mais on sait que des circulaires ministérielles récentes ont enjoint aux Caisses d'user le plus possible de ces facultés.

Dans bien des cas, les prestations spéciales de deux ans étaient jusqu'à maintenant refusées par les Caisses, dès lors que la maladie les motivant avait déjà fait l'objet des prestations ordinaires pendant six mois.

La Chambre sociale de la Cour de Cassation a eu récemment à statuer sur le bien-fondé de cette attitude et l'a fait par un arrêté du 6 juillet 1942 dans les termes suivants : « *les prestations de l'assurance-* « *maladie peuvent être faites au delà des six mois qui* « *suivent la première constatation médicale de l'affec-* « *tion pour laquelle elles sont servies, lorsque les con-* « *ditions prévues par le paragraphe* 16 *de l'article* 6 « *du décret du* 28 *octobre* 1935 *modifié sont réunies.* »

Autrement dit, les prestations spéciales de deux ans peuvent prendre la suite des prestations ordinaires à l'expiration des six mois. Voici une controverse heureusement tranchée et une mauvaise raison de moins à invoquer pour refuser l'application de l'article 6, paragraphe 16.

CORRESPONDANCE

3.727. — Accidents du travail
Transfusion du sang. Indemnisation du donneur

Permettez-moi une mise au point, car je crois que votre lettre comporte quelques erreurs, ou sinon, je voudrais avoir confirmation de votre chiffre. Tarif Accidents du travail : Transfusion massive, se paie 600 francs et non 300 francs pour plus de 100 c. c. et le donneur est payé 1 franc du c. c. pour toutes les prises.

Voudriez-vous revoir le tarif de la loi du 5-5-1939 parue au *Journal Officiel* du 18-5-1939 et vous pourrez ainsi avec votre autorité personnelle, me donner des prix exacts, pouvant faire jurisprudence, car je dois arbitrer plusieurs différends importants, entre l'hôpital chirurgical de X et plusieurs Compagnies d'assurances, qui tous m'ont chargé de mettre cette question absolument au point, pour créer un tarif fixe, ne donnant lieu à aucune controverse, entre les hôpitaux et cliniques et les Compagnies d'assurances. A. B.

Réponse

a) *Le Tarif Accidents du Travail du 5 mai 1939, paru au* JOURNAL OFFICIEL *du 18 mai, porte seulement* « *Art.* 16..... *Transfusion de sang de moins de* 100 *c. c.* = 120 *francs ; massive* = 600 *francs (non compris l'indemnité au donneur)* » et *c'est tout.*

Au sujet de cette indemnité, je conseille toujours de se reporter au Tarif des pensionnés de guerre, où on peut lire d'après la modification au tarif par le décret du 5 mars 1927, ce qui suit :

« *Rémunération du donneur lorsque celle-ci est nécessaire :* 1° *pour les 150 premiers c. c. de sang* =

50 francs ; 2° pour chaque prélèvement ultérieur de 100 c. c. = 50 francs ».

Pour une prise de sang de 350 c. c. par exemple, le donneur d'après ce tarif serait en droit de toucher :

1° 50 francs pour les 150 premiers c. c. ;

2° 100 francs pour les 200 c. c. restant, soit au total 150 francs.

Mais c'est suivant le tarif des pensionnés de guerre et non suivant le tarif Accidents du Travail qui ne dit rien à ce sujet. Dr F. DECOURT.

3.531. — Assurés sociaux assistés. Frais de déplacement

J'ai l'honneur de vous soumettre le litige suivant : en matière d'assurés sociaux assistés, depuis que je suis installé c'est-à-dire depuis juin 1937, j'avais pris l'habitude de compter, dans mes mémoires, la distance kilométrique existant entre la mairie d'O... et le domicile de l'assuré. Je vais en dehors d'O... dans cinq villages sans médecin. A B... par exemple, j'avais des assurés sociaux assistés, à 6 kilomètres, à 8 kilomètres et à 10 kilomètres (distance de l'assuré au médecin le plus rapproché c'est-à-dire moi-même).

Par contre, pour ce même village, je comptais pour l'Assistance médicale gratuite sans Assurances sociales, 6 kilomètres aller-retour, le règlement de l'assistance médicale gratuite du département prévoyant de compter la distance kilométrique de clocher à clocher.

Depuis mai 1940 l'assistance médicale gratuite a relevé ses indemnités kilométriques qui ont passé de 1 franc à 1 fr. 20 puis à 1 fr. 50, puis à 2 francs. Chez les assurés sociaux assistés elle est toujours de 1 franc comme avant-guerre. Par contre il y a quelque temps on a eu le changement suivant chez les assurés sociaux assistés : Visite : 18 fr. 75. Consultation 15, au lieu de 15 francs visite et consultation ; tandis que l'assistance médicale gratuite restait à C = 10 francs et V = 12 francs. Donc ce sont deux organismes différents.

Ce n'est pas parce que c'est la troisième division, troisième bureau, qui s'occupe à la fois des assurés sociaux assistés et des assurés médicaux gratuits, pour que l'on ait le droit de confondre les deux régions. Qu'en pensez-vous ?

Réponse

La prétention de la Préfecture est absolument mal fondée.

En effet, il est de jurisprudence constante que les assurés sociaux assistés sont d'abord des assurés sociaux, et qu'à ce titre, ils ont droit et ouvrent droit aux mêmes prestations que celles servies aux assurés sociaux ordinaires.

Ceci étant posé, la question des frais de déplacement est réglée par le chapitre 5 § 1° de l'arrêté du 7 octobre 1938, lequel dispose que : « dans les villes et campagnes de moins de 50.000 habitants, le tarif est de X franc par kilomètre parcouru ; cette indemnité s'applique au double de la distance qui sépare la mairie du domicile du médecin du domicile du malade. »

C'est donc à tort que la Préfecture prétend vous compter 6 kilomètres de distance, si effectivement de la mairie de votre domicile au domicile de votre client, vous avez, aller et retour, 10 kilomètres.

La distance ne doit pas se compter de clocher à clocher, ni de mairie à mairie, mais de mairie du domicile du médecin au domicile du client.

Le texte est absolument formel et si par conséquent la Préfecture persistait dans sa façon de voir, il y aurait lieu pour vous de poursuivre l'affaire devant la Commission d'arrondissement pour obtenir le paiement des prestations qui vous sont dues.





Le cas échéant, le Sou Médical *pourrait vous donner son appui en cette matière.*

4369. — Secret professionnel et avortement

J'ai été appelé pour donner mes soins à une femme qui faisait une fausse couche.

Le Parquet ayant été mis au courant et suspectant un avortement, le Procureur de la République me convoque.

Existe-t-il une législation nouvelle pouvant délier le médecin du secret professionnel en matière d'avortement ? Je vous serais extrêmement obligé, si vous pouviez me renseigner sur ce point et me dire quelle attitude je dois prendre devant le Procureur de la République ? Faut-il me retrancher entièrement derrière l'art. 378 du Code pénal ou bien suis-je obligé de lui dire ce que je sais au sujet de cette affaire ?

Dr R.

Réponse

Aux termes des dispositions nouvelles insérées dans l'article 378, les médecins, chirurgiens, etc., sans être tenus de dénoncer les avortements jugés par eux criminels dont ils ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession, n'encourent pas, s'ils les dénoncent, les peines prévues pour violation du secret professionnel. Cités en justice pour une affaire d'avortement, ils demeurent libres de fournir leur témoignage à la justice sans s'exposer à aucune peine.

Vous pouvez donc si votre conscience vous y autorise, fournir au Procureur de la République toutes les indications et tous les renseignements dont vous pouvez avoir eu connaissance à l'occasion de l'exercice de votre profession, au sujet d'un avortement de votre cliente. Si vous optez pour cette solution, aucune poursuite en violation du secret professionnel ne pourra être exercée contre vous.

Mais, et nous insistons sur ce point, vous restez entièrement libre de votre décision et vous pouvez préférer garder le silence sans qu'aucun magistrat, ni aucun tribunal, soit qualifié pour vous délier du secret professionnel et vous imposer de parler.

A vous donc d'apprécier en toute conscience, l'attitude que vous devez observer dans cette affaire.

3567. — Automobilisme. Comment remédier à la pénurie de dissolution

Les garagistes ont actuellement de grandes difficultés pour se procurer de la dissolution indispensable pour réparer les pneus. Il me semble avoir vu autrefois une formule pour en fabriquer avec de vieilles chambres à air, acétone, et.....

Pourriez-vous me donner cette formule ? Dr C.

Réponse

Il n'est pas possible de fabriquer de la dissolution avec du caoutchouc vulcanisé comme celui des chambres à air ou autres objets. Il faudrait avoir du caoutchouc mou vulcanisé, ou à la grande rigueur, de la feuille anglaise. On dissout le caoutchouc dans de la benzine ou de l'acétone ou un mélange de ces deux liquides. Il n'y a pas de formule précise : on met une quantité de caoutchouc, suffisante pour avoir finalement un liquide de la viscosité que vous connaissez. Il faut relativement peu de caoutchouc.

Beaucoup de dissolutions du commerce contenaient autrefois des produits qui produisaient une vulcanisation partielle après collage. J'en ignore la formule.

On trouve encore à Paris tout au moins, des petits tubes de dissolution chez certains garagistes. H. Petit.

Gérant : J. Mignon — N° d'autorisation : 77 et Pa 692 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — N° 46 — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1942

LE

CONCOURS MÉDICAL

379 à 381

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Cours de pharmacologie.* — M. le Prof. TIFFENEAU fait son cours les lundis, mercredis, vendredis, à 16 heures.

— *Cours d'hygiène.* — M. le Professeur TANON a commencé son cours le 17 novembre 1942 et le continue les mardis, jeudis, samedis à 17 heures.

— *Médecine légale.* — Cours du Professeur DUVOIR, les lundis, mercredis, vendredis à 16 heures, pendant les mois de novembre et décembre 1942. Travaux pratiques à l'Institut médico-légal. Conférences sur la déontologie, le droit médical et les lois sociales, le jeudi à 18 heures.

— *Clinique médicale de l'hôpital Bichat* (Professeur PASTEUR VALLERY-RADOT). — *Leçons sur des sujets d'actualité médicale.* — Une série de conférences sur des sujets médicaux d'actualité sera faite à la Clinique de l'hôpital Bichat les mercredis à 10 h. 45.

Programme des prochaines conférences. — 25 novembre 1942, M. Jean ROSTAND : Les hormones dans les phénomènes biologiques. — 2 décembre, M. Bernard FEY ; 9 décembre, M. GOUVERNEUR ; et 16 décembre, M. MICHON : Opportunité des interventions chirurgicales dans les néphrites. — 23 décembre, M. BEZANÇON : La notion de poussée évolutive en tuberculose pulmonaire.

— *Clinique chirurgicale de l'hôpital Saint-Antoine.* — Un cours sur : *Les dosages hormonaux et les traitements hormonaux en gynécologie,* sous la direction du Professeur CADENAT, sera fait par le Docteur Claude BÉCLÈRE du 30 novembre au 10 décembre 1942, tous les jours à 18 heures, à la Clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-Antoine.

— *Clinicat.* — Sont proposés :

Clinique médicale de l'hôpital Bichat : M. SÉRANE.

Clinique chirurgicale de l'hôpital Cochin : MM. CHALOCHET et SAGAUT.

Clinique oto-rhino-laryngologique : M. TORRE.

— **Hôpital de Fontainebleau.** — A la suite du concours qui a eu lieu le 24 octobre 1942, M. FUMERY a été nommé médecin-adjoint de l'hôpital de Fontainebleau.

— **Hôpital de Carcassonne.** — A la suite des concours qui ont eu lieu à la Faculté de médecine de Montpellier, M. VERGUES a été nommé oto-rhino-laryngologiste adjoint, et M. HÉRAN, ophtalmologiste adjoint de l'hôpital de Carcassonne.

— **Médailles des épidémies.** — Ont été décernées :

La *médaille d'or des épidémies* (à titre posthume) au médecin-lieutenant de réserve THOMAS (Emile-André), région de Paris, stalag I-B ;

La *médaille de vermeil* (à titre posthume) aux médecins auxiliaires DELAOUTRE (Paul), 3e section d'infirmiers militaires, stalag III-B, et ABRAMOVIC

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine	120 francs
Étudiants	80 francs
Le Numéro	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

(Oscar), 22e section d'infirmiers militaires, stalag III-A.

La *médaille d'argent* aux médecins lieutenants de réserve MAYER (Georges), 20e région, oflag IV-C ; FISHGRUND (André), 5e région, oflag IV-C ; WEIL (René), 20e région, stalag IV-B ; LÉGER (Jacques-Henri), 4e région, stalag D-E ; au médecin-lieutenant d'active BOURGEOT (Paul-Aimé-Louis), stalag I-B ; aux médecins auxiliaires BLANCHARD (Paul-Laurent), 16e section d'infirmiers militaires, stalag IV-G ; LANDAU (Hermann), 22e section d'infirmiers militaires, stalag XI-A, et BARBIER (Noël-Léo), 14e section d'infirmiers militaires, stalag IX-C.

— **L'École Centrale de puériculture**, 51, avenue Victor-Emmanuel-III (au Comité national de l'Enfance), fêtait le dimanche 8 novembre son XXVe anniversaire, sous la présidence de son fondateur le Docteur Lesage, membre de l'Académie de médecine, entouré de MM. les Docteurs Comby, Lereboullet, Lesné, Ribadeau-Dumas, Devraigne, Huber.

Le Docteur Rouèche retraça l'histoire de l'Ecole depuis 1917 jusqu'à ce jour et montra son extension et son développement par des filiales de province.

L'Assemblée générale a adopté les propositions de son président et nommé M. le Professeur Nobécourt, président d'honneur, le Docteur Devraigne, vice-président, le Docteur Rouèche secrétaire général et directeur de l'Ecole. Mlle le Docteur Marie-Thérèse Comby fut chargée de la direction des élèves et des cours, en qualité de monitrice.

Sur la proposition de M. le Docteur Ribadeau-Dumas, une commission fût nommée pour étudier la standardisation des études pratiques de puériculture.

Spécialités pharmaceutiques. — Faisant suite à une information récemment parue dans nos colonnes sur l'approvisionnement en spécialités pharmaceutiques, on nous demande de préciser, de source autorisée, que les spécialités annoncées dans notre journal sont toujours fabriquées, mais qu'en raison notamment de certaines difficultés de ravitaillement en matières premières, un approvisionnement régulier pour la totalité d'entre elles ne saurait être absolument garanti.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Pierre BARUCQ, fils du Docteur Barucq (Ambarès, 9 octobre 1942) ; de Jacques LÉOTY, cinquième enfant du Docteur Léoty (Reims, 4, boulevard Carteret, 11 octobre 1942) ; de Philippe BRIFFAUT, second fils du Docteur Pierre Briffaut (Cambrai, 18, rue Saint-Georges, 30 octobre 1942) ; d'Andrée BRET, fille du Docteur A.-J. Bret (Paris, 336, rue des Pyrénées, 12 octobre 1942) ; de Dominique LEFRÈRE, fille et second enfant du Docteur André Lefrère (Montevrault-l'Abbaye, Maine-et-Loire, 5 octobre 1942) ; de Jean-Pierre ROGEZ, fils du Docteur Charles Rogez, inspecteur adjoint de la Santé, à Arras (Arras, 15, rue de la Paix, 7 novembre 1942) ; de Damien NICOLLE, quatrième fils du Docteur Alain Nicolle (Reims, 12, rue Camille-Lenoir) ; de Marie-Madeleine TELLIER, cinquième enfant du Docteur A. Tellier (Maubeuge, Nord, 4, rue Lazare-Carnot, 2 oct. 1942).

— **Mariage.** — Nous apprenons le mariage, célébré à Anthy par Thonon-les-Bains (Haute-Savoie) le 1er octobre 1942, du Docteur Robert DE MESTIER DU BOURG, 2, Villa Guibert (83, rue de La Tour), Paris, avec Mademoiselle Hélène DE LA FOREST-DIVONNE.

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur M. KLIPPEL, médecin honoraire des hôpitaux de Paris ; du Docteur Alfred CASALIS (49, avenue Jean-Jaurès, Reims).

Le Docteur Chapon,

Président de l'Association Générale des Médecins de France

C'est avec une douloureuse surprise que nous avons appris le décès de notre vieil ami, le Docteur CHAPON, à Issoudun, son pays, où il était momentanément retiré.

Président de l'Association générale des médecins de France, directeur de la Prévoyance médicale, Officier de la Légion d'honneur, le Docteur Chapon occupait une place de premier plan dans le Corps médical.

Nous ne saurions oublier sa collaboration cordiale au *Concours Médical* et à ses œuvres. Il fut membre du Conseil d'administration du *Sou Médical.* Ce fut lui qui, en 1912, rédigea le rapport que le *Concours Médical* a édité sur la fixation des honoraires médicaux, établis sur des bases rationnelles. Personnellement, nous avons entretenu avec lui depuis plus de trente ans les relations les plus cordiales et sa mort nous cause le plus grand chagrin.

Au nom du *Concours Médical et de ses œuvres*, nous adressons à Madame Chapon l'expression de nos respectueuses sympathies.

J. NOIR.

L'école des parents et des éducateurs

(217, Faubourg Saint-Honoré, Paris)

Enseignement médico-pédagogique

Les cours auront lieu à la Sorbonne le mardi à 18 heures, amphithéâtre Descartes.

PREMIÈRE SÉRIE : *Connaissance de l'homme.* Dix cours destinés aux jeunes, futurs parents.

Mardi 24 novembre : La santé créatrice, comment la maintenir et la préserver, par M. le Docteur R. PERROT. — *Mardi 1er décembre, mardi 8 décembre* : Eléments de psychologies féminine et masculine, par M. André BERGE. (La première de ces conférences est destinée aux jeunes gens et la seconde aux jeunes filles). — *Mardi 15 décembre* : Les affinités dans le mariage, par M. le Docteur J. DUBLINEAU. — *Mardi 5 janvier* 1943 : Les fins spirituelles du mariage, par le R. P. SERTILLANGES, O. P., membre de l'Institut. — *Mardi 12 janvier* : Les fins sociales du mariage, par M. le Pasteur A.-N. BERTRAND, vice-président de la Fédération protestante de France. — *Mardi 19 janvier* : Répercussion des dissentiments familiaux sur le caractère de l'enfant. Nécessité de l'entente conjugale, par le Docteur G. HEUYER, médecin des hôpitaux. — *Mardi 26 janvier* : L'éminente dignité de la personne humaine, par M. le Professeur LHERMITTE, membre de l'Académie de médecine.

DEUXIÈME SÉRIE : *Connaissance de l'enfant.* Six cours destinés aux parents et aux maîtres de l'enseignement secondaire et de l'enseignement primaire.

Mardi 2 février : Les éléments d'une bonne croissance somatique jusqu'à la puberté, par M. le Docteur J. LÉVESQUE, médecin des hôpitaux. — *Mardi 9 février* : Les éléments d'une bonne croissance intellectuelle jusqu'à la puberté, par M. le Docteur G. HEUYER, médecin des hôpitaux. — *Mardi 16 février* : Fonction du sommeil chez l'enfant, par M. le Professeur LHERMITTE, membre de l'Académie de médecine. — *Mardi 23 février* : Discipline active et esprit d'initiative, par le R. P. JAOUEN, O. P. — *Mardi 2 mars* : Les grandes crises de l'enfance, par M. le Docteur J. DUBLINEAU. — *Mardi 9 mars* : Problèmes affectifs : l'enfant et son milieu, par M. André BERGÉ.



Ecole libre des Sciences médicales

(Siège social, 39, rue Scheffer, XVI[e])

Les conférences ont lieu les mardis à 20 h. 45 aux Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Voici la liste pour le quatrième trimestre 1942 et le premier trimestre 1943.

Mardi 24 *novembre* 1942, Mme BOURDEL : La psychologie appliquée et la médecine au service de l'organisation scientifique du travail. — *Mardi* 1[er] *décembre* 1942, M. GELLÉ : Traitement chirurgical de la sciatique.— *Mardi* 8 *décembre* 1942 : M. ALLAIX : De l'influence des mœurs et coutumes sur le plan morphologique psychique et instinctif. — *Mardi* 15 *décembre* 1942, M. WICART : Les lois physiologiques de la phonation. — *Mardi* 22 *décembre* 1942, M. THOORIS : Morphologie et réflexologie humaines.

Cours libre d'Anthropobiologie

(5[e] année)

Le Docteur René MARTIAL a inauguré son cours d'anthropobiologie à la Faculté de médecine de Paris, le vendredi 6 novembre à 18 heures : Le thème de la leçon était : *Patrie, Race, Enseignement.*

Devant M. le Recteur de l'Université et un public très nombreux, le Docteur Martial a défini la *race-résultat* qui est caractérisée non seulement par la morphologie, mais par l'histoire, la biologie et la psychologie. Le métissage regrettable doit être effectué dans de faibles proportions et sélectionné de façon à constituer dans une nation une sorte de feutrage homogène bien différent de la mosaïque qui forme certaines nations où les races se sont superposées sans se confondre.

Le Docteur R. Martial expose tout l'intérêt qu'il y aurait pour le relèvement de la Patrie et la restauration du culte de l'honneur à faire entrer l'anthropobiologie dans l'enseignement à tous les degrés. Cette conclusion a été saluée par d'unanimes applaudissements.

J. N.

A propos de la réforme des études médicales

Nous avons reçu la lettre suivante :

L'appel que vous adressez aux praticiens ne saurait me laisser indifférent et m'engage à vous communiquer quelques réflexions qui ont eu pour point de départ la lecture de votre article.

Il est d'abord un fait que vous signalez et sur lequel nous nous mettrons sans doute tous d'accord ; il s'agit du malaise manifesté par les nouvelles générations de bacheliers et de docteurs en médecine dont le niveau intellectuel n'a pas progressé.

Il fut un temps pas très éloigné, où il n'était pas rare de trouver parmi les bacheliers des humanistes capables de citer et de lire couramment les auteurs classiques latins, donnant ainsi une preuve évidente de l'excellence de l'enseignement reçu.

Depuis cette époque, les programmes ont été bien souvent remaniés, progressivement augmentés, les cerveaux de plus en plus surmenés, pendant que l'assimilation des connaissances demandées se montrait en raison inverse de leur abondance.

Il n'est donc pas étonnant qu'une aussi mauvais préparation ait donné aux facultés de médecin

des candidats dont la culture générale laissait à désirer.

Cependant si le niveau intellectuel ainsi obtenu ne paraît pas en rapport avec le travail demandé, il n'en est pas moins vrai que ce travail est loin d'être négligeable.

Toutes choses égales d'ailleurs, c'est-à-dire : les programmes des facultés de médecine étant aussi touffus et surchargés, pouvons-nous affirmer qu'il soit demandé à leurs étudiants un effort intellectuel suffisant ? Je ne le crois pas.

Leur travail a la réputation d'être plutôt très modéré et c'est peut-être ce qui explique, en partie tout au moins, la supériorité reconnue du niveau intellectuel des grandes écoles, des facultés de lettres ou de sciences et même de l'école vétérinaire.

La vérité de cette contatation étant reconnue, il nous sera probablement possible de nous entendre sur quelques principes qui pourraient servir à l'élaboration des nouveaux programmes et des nouvelles méthodes d'enseignement.

Voici, pour ma part, ce que je me permets de souhaiter :

1° Exiger de l'étudiant une plus grande somme de travail ;

2° Eliminer impitoyablement en cours d'études les paresseux et les incapables ;

3° Demander à l'enseignement de faire appel à l'intelligence de l'élève bien plus qu'à sa mémoire ;

4° Ne jamais perdre de vue que les études médicales ont pour but d'apprendre non seulement à examiner les malades, mais encore à les soigner et parfois à les guérir ;

5° Eviter les longs discours et les vaines dissertations, qui n'ont pour but que de faire briller leurs auteurs.

Dr R. Castets.

Supplément de charbon-maladie

Le Docteur Paul Roux, *secrétaire général de la Société médicale du XIe arrondissement, communique la note suivante* :

Pour que les certificats de supplément de charbon maladie soient acceptés par les mairies, ils doivent porter, conformément à la Circulaire du Préfet, les mots : *Catégorie n°* 1 *ou Catégorie n°* 2.

(*Catégorie n°* 1 : pour les affections aiguës fébriles d'une durée égale ou inférieure à huit jours, ou *catégorie n°* 2, pour les affections aiguës fébriles d'une durée comprise entre 8 et 15 jours).

Solidarité confraternelle

Reçu du Docteur Godard, de Saint-Lô, 200 francs pour Madame Vadon, de Courthézon.

Sur la métallothérapie des plaies atones

Comme suite à l'article métallothérapie des numéros 36-37 du *Concours*, en date du 10 septembre 1942, il serait juste de rappeler que le Professeur William Dubreuilh, de la Faculté de Bordeaux, employait en 1892 environ la plaque de zinc et le papier d'étain pour ses malades. Il existe une thèse de l'année scolaire 1894-95, Bordeaux, sur le « traitement des ulcères variqueux par ce procédé ».

Ces renseignements intéresseront tous ceux qui ont recours à la métallothérapie.

Dr Poterel Maisonneuve,
(Locmariaquer, Morbihan).

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur de l'Ordre

Communiqué urgent

« Un cas particulièrement intéressant nous est signalé : un médecin ophtalmologiste, gravement malade en captivité ne peut revenir que s'il est remplacé par un spécialiste des yeux. Devant l'urgence, il est fait appel d'abord au dévouement d'un collègue pour effectuer cette relève le plus tôt possible.

« S'adresser au Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins — service des prisonniers de guerre, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris-(VIIe). »

Communiqué relatif à l'alcool

Le Conseil supérieur rappelle à tous les médecins les dispositions relatives à l'alcool.

1° L'alcool à brûler pour besoins professionnels est délivré sous forme de bons par les Services répartiteurs des Préfectures. Ces services ont des instructions pour comprendre les médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires dans la catégorie prioritaire E.

2° Toutes les demandes d'alcool à flamber et alcool pur doivent être adressées aux Conseils départementaux et *exclusivement à eux.* Il est inutile de s'adresser à l'Office de répartition ou au Conseil supérieur.

Les demandes centralisées par les Conseils départementaux sont transmises au Conseil supérieue. Le Conseil supérieur recevra une allocation globale chaque trimestre et répartira la quantité qui lui est allouée au prorata du nombre des médecins dans chaque département. Les Conseils départementaux feront ensuite sous leur responsabilité, l'attribution à chaque médecin en tenant compte de leurs besoins professionnels. Les livraisons seront faites par un fournisseur qui livrera l'alcool sur présentation des bons d'attribution.

L'Office de répartition du pétrole insiste sur le fait que des médecins bénéficiant déjà de gaz butane ne peuvent prétendre qu'à une allocation minime d'alcool à brûler. Or, cet Office a constaté que certains médecins expriment des besoins mensuels de l'Ordre de 12 à 15 litres d'alcool à brûler, bien que possédant déjà pour leurs besoins professionnels du gaz butane. L'Office attire l'attention de ces médecins sur les graves ennuis qui peuvent résulter de cette façon de procéder. Les Inspecteurs régionaux et les Contrôleurs sont tenus de signaler au cours de leurs vérifications, les demandes exagérées et celles-ci peuvent entraîner des sanctions pénales.

Conseil départemental de la Seine

Communiqués

I. — Un certain nombre de confrères n'ont pas encore réglé leur cotisation (300 francs) pour 1942 :

Le Conseil de l'Ordre rappelle que cette cotisation est une obligation légale et le trésorier invite instamment ceux qui ne l'ont pas fait à s'en acquitter dans le plus bref délai, soit par chéque bancaire, adressé au Conseil de l'Ordre, 242, boulevard Saint-Germain, soit par chéque postal, Paris 3093-01.

Voir la suite page XIII-937

PARTIE SCIENTIFIQUE

SCIATALGIES ET LOMBALGIES D'ORIGINE DISCALE

Par le Professeur MÉRIEL (Toulouse)

L'étiologie rhumatismale, *a frigore*, si longtemps invoquée faute de connaissance plus certaine, pour expliquer l'origine de la sciatique n'est plus, pour cette maladie banale, une donnée de tout repos pour le praticien, depuis que la chronicité et les récidives de cette maladie ont trouvé dans les découvertes anatomiques récentes des interprétations plus satisfaisantes. « La sciatique rhumatismale a-t-elle donc vécu ? » demandent Coste et Gaucher (1), montrant ainsi quel coup est porté à la vieille conception.

Sans doute ne peut-on l'éliminer complètement, et faudra-t-il encore reconnaître une valeur au froid humide et aux variations brusques de température ; mais cela ne sera applicable qu'à la sciatique-maladie. Or, il faut distinguer plus exactement à l'avenir entre la sciatique-maladie et la sciatique-symptôme. Nous savions déjà que celle-ci n'était plus qu'un symptôme dû à la tuberculose vertébrale, à la syphilis et aux proliférations néoplasiques. Mais voici que depuis quelque temps, cette sciatalgie a trouvé une explication pleine d'intérêt dans la constatation anatomique d'une hernie postérieure d'un ménisque intervertébral, entre L4 et L5, le plus souvent, faite depuis une dizaine d'années par les neuro-chirurgiens américains (Nott, Adson, Stookeg, etc.).

C'est la radiographie avec lipiodol intra-rachidien, qui a permis de constater sur le vivant la propulsion vers le canal rachidien du nucleus pulposus contenu dans le disque intervertébral. Cette hernie discale postérieure se trouvera suivant sa hauteur en rapport soit avec la moëlle elle-même, soit avec la queue de cheval. Les dernières racines lombaires, qui normalement sont au contact de la face postérieure des disques de L4 et L5, se trouveront ainsi comprimées par cette hernie postéro-latérale du nodule fibro-cartilagineux. Les dissections faites par Andral lui ont montré que cette hernie nucléaire se présentait sous la forme d'une petite saillie du volume d'un grain de blé ou même d'un haricot, généralement aplatie et régulière, ovoïde ou fusiforme, de consistance tantôt ferme, tantôt molle. Médiane ou latérale, elle fait saillie sous le grand surtout ligamenteux postérieur, en arrière du ménisque. Celui-ci est généralement dégénéré, brun et fissuré. Sa structure histologique est celle du tissu fibroïde, contenant soit des cellules physallifores (nucléus pulposus) soit du tissu fibro-cartilagineux plus ou moins remanié (partie postérieure du ménisque). Si on a pu en constater quelques cas à la région cervicale, c'est cependant surtout la région lombaire qui en est le siège.

Successivement, Glorieux, Mauric, Robineau, de Sèze, Alajouanine, Sicard, etc. ont établi que cette *sciatique discale* s'observait surtout chez les jeunes ou à l'âge moyen de la vie et, d'autre part, que le traumatisme n'y était pas étranger (1). J'ai personnellement observé un cas très net consécutif à un effort violent chez un sujet de 20 ans, que j'avais à expertiser, et que l'on traitait en sanatorium pour un Pott lombaire.

Le *symptôme douleur* peut apparaître immédiatement après le trauma, mais le plus souvent, il existe un *intervalle libre* plus ou moins long (six mois d'après Glorieux, sept ans d'après Crouzon, quatre mois dans mon cas précité) entre le traumatisme et l'apparition des signes cliniques de la hernie discale. Le traumatisme est d'ordinaire violent (chute d'un lieu élevé (Middleton et Tascher, Crouzon) un effort ou une manœuvre de force (cas personnel). Il peut aussi s'agir de micro traumatismes répétés, professionnels — et pour cela passant inaperçus — et c'est là une notion à retenir comme accident du travail.

Pendant longtemps, les hernies discales lombaires et lombo-sacrées ne donnent que des signes d'irritation radiculaire, à forme d'algies lombo-sciatiques unilatérales, cantonnées à la fesse et à la cuisse, précédées pendant plusieurs mois d'une lombalgie plus ou moins marquée. Elles peuvent également prendre l'allure d'une *sciatique pure unilatérale* ou d'une *lombalgie pure*, enfin de *sciatique atypique* par association de douleurs abdominales ou génito-crurales.

On reconnaîtra l'origine radiculaire de ces douleurs par leur réveil ou leur exacerbation à l'effort et à la toux.

Après cette période de début, la compression s'installe ; la douleur devient plus violente, et surtout plus continue, non calmée par le décubitus. On peut à ce moment observer certains troubles statiques qui sont des *attitudes antalgiques* (scoliose homo-latérale ou contro-latérale, cyphose lombaire), mais tardives (Williams). De plus, la pression peut provoquer de la douleur dans la région discale intéressée ou au niveau des ligaments sacro-iliaques postérieurs (Barr), enfin le plus souvent le long du trajet du sciatique, dont l'élongation donnera le signe de Lasègue.

Des *troubles sensitifs* (engourdissement, zones d'hypoesthésie à topographie radiculaire, dissociation de la sensibilité superficielle et profonde, tactile et thermique, anesthésie douloureuse) viennent s'ajouter aux signes précédents. Plus discrets seront les *troubles moteurs* réduits à une diminution légère de la force du mollet, à une atrophie de celui-ci et à une fausse atrophie de la cuisse. Le réflexe achilléen est diminué ou aboli,

(1) *Presse médicale*, 23 septembre 1941.

(1) Trois fois sur 26 cas, MAURIC ; 12 fois sur 25, GLORIEUX.

ce qui implique l'atteinte de S1 ; à chaque cas correspond une topographie spéciale des douleurs. On a même pu observer des troubles sphinctériens. Toutefois, tous ces symptômes se trouvent rarement réunis chez un même malade, et la symptomatologie est fruste. C'est donc plutôt l'évolution clinique rapprochée de l'anamnèse d'un traumatisme antérieur plus ou moins marqué qui fera penser à l'origine discale, car ces formes de début ne se distinguent pas pratiquement de la sciatique, dite essentielle. De Sèze, Petit-Dutaillis attribuent d'ailleurs une part importante à la hernie discale dans la pathogénie des sciatiques, dites autrefois essentielles ou rhumatismales. Ainsi Glorieux n'hésite pas à affirmer sa « conviction profonde que bon nombre d'entre elles ont comme cause une compression par hernie postérieure, et Mouchet parle à son tour de la « mise au tombeau » de la sciatique, dite rhumatismale. On pensera donc à une étiologie discale en présence de douleurs lombaires ou sciatiques, isolées ou associées, d'allure chronique ou récidivante, impossibles à rattacher à une cause générale (syphilis, tuberculose ou cancer), pour lesquelles on ne peut mettre en évidence aucune lésion osseuse, et qui résistent à tous les traitements médicaux et physiques (Cadenat et Dufour). De même, disent ces auteurs, on évoquera la hernie discale dans toutes les sciatiques atypiques : algies bilatérales, algies sciatiques débordant le territoire du nerf, algies associées à des paresthésies, sciatiques avec attitude antalgique excessive, du type camptocormique. Après la période de début, on verra survenir des *signes déficitaires*, symptômes sensitifs tels que anesthésies ou hypo-esthésies du type radiculaire, du territoire des dernières lombaires ou de la première sacrée ; enfin un syndrome de la queue de cheval strictement unilatéral, qui marque un degré évolutif de plus et aboutit à un syndrome typique englobant les 5es lombaires et la totalité des paires sacrées. L'apparition de l'un de ces symptômes indique l'urgence d'opérer sous peine de les voir s'aggraver rapidement (Cadenat et Dufour).

Le diagnostic de la hernie discale lombaire peut être fait actuellement à la phase d'algie pure. Les éléments principaux en seront fournis par l'étude du liquide céphalo-rachidien, la radiographie et le lipiodol, venant compléter l'histoire clinique et étiologique.

Le liquide céphalo-rachidien présente toujours la dissociation albumino-cytologique avec hyperalbuminose légère (0 gr. 40 à 0 gr. 60 par litre). Le syndrome de Frouin avec hyper-albuminose massive ne se verra que dans le blocage complet. L'épreuve de Queckenstedt-Stookey a donné des résultats variables (blocage complet dans 35,7 %, partiel dans 26,5 %, absent enfin dans 35,7 % d'après Elsberg). Par contre, la *radiographie* fournira des renseignements plus précis. Dans 60 % des cas, on observe le pincement du disque surtout à la région lombaire, mais plus difficilement pour L5 et S1. Il faut pour cela prendre des clichés bien centrés, face et profil, et souvent, d'après Glorieux, sur malade assis en raison de la facilité à obtenir l'incidence correcte et plus de netteté dans les clichés par augmentation de la distance focus-plaque.

Ce qui va confirmer notre diagnostic sera surtout *l'épreuve du lipiodol*. De Sèze, Glorieux, Petit-Dutaillis injectent par voie lombaire haute 5 c. c. d'huile iodée et indiquent d'en étudier la progression alternativement de haut en bas et de bas en haut, par bascule du sujet. D'autres (Alajouanine, Thurel et Welti) injectent 10 c. c. de lipiodol par voie sous-occipitale et en observent la descente sous l'écran. Les clichés pris à ces divers moments montreront soit un *arrêt net et persistant* du lipiodol, ce qui indique une hernie importante occupant toute la largeur du canal rachidien, soit un arrêt moins net, inconstant et donnant une *image en peigne*, par l'ombre des racines se dessinant sur le fond. Enfin, on peut observer de profil un égrènement du lipiodol en *chapelet* de gouttelettes plaquées contre les lames en face du disque, ou bien même une ombre finissant en bec de flûte au niveau d'une lame. Dans le cas de hernie latérale double, l'image affecte la forme d'une *haltère* ou d'un chapelet, s'il y a des hernies latérales doubles à plusieurs ménisques (Glorieux). Il peut arriver aussi qu'il n'y ait aucun arrêt, auquel cas en faisant mouvoir le malade, on obtient l'image d'une déformation de l'ombre à la hauteur d'un disque, véritable *image lacunaire* due à la fragmentation du lipiodol de chaque côté du disque en deux parties, réunies par un mince filet opaque latéralisé.

Les erreurs de diagnostic sont relativement rares ; Petit-Dutaillis ne voit que la lombo-sciatique par arthrite des apophyses articulaires et celle liée à une funiculite, qui puissent donner des symptômes comparables à ceux de la hernie discale.

L'*évolution* peut être bénigne et céder à quelques jours de repos en position de hamac, c'est-à-dire le tronc fléchi, les cuisses fléchies sur les jambes et celles-ci fléchies sur les cuisses. C'est qu'il s'agit alors d'une hernie discale, pointe de hernie vite réparée. Mais il est des cas plus graves, plus anciens surtout, où les crises se produisent avec la même intensité, chaque fois que le malade se lève ou marche. Dans les cas sérieux, le repos prolongé devient indispensable et sera complété par le port d'une ceinture lombostat (Mouchet).

Mais c'est au traitement chirurgical qu'il faut réserver les cas anciens et à syndromes évolutifs, Actuellement, ce traitement est parfaitement au point. Il consiste dans l'ablation du nodule hernié compresseur. Une simple laminectomie décompressive est insuffisante, car elle expose à des récidives. Cependant, Petit-Dutaillis estime qu'elle reste une opération de nécessité dans la plupart des hernies discales comprimant la moelle, surtout si le nodule est ossifié. Il suffira de faire l'ablation d'une lame ou deux pour faire en toute sécurité l'exérèse du nodule. On n'emploie la voie transdurale que pour les nodules médians ou pour ceux qui intéressent un disque étalé en largeur. Mais si le nodule est latéral, la voie extra-durale suffira. On peut même explorer

la paroi antérieure du canal rachidien en écartant doucement la moëlle, ou à travers les racines de la queue de cheval. Si le diagnostic est douteux, on se contentera de découvrir le ligament jaune correspondant au disque suspect et d'échancrer partiellement le bord de la lame sus-jacente (Petit-Dutaillis). L'opération, ainsi limitée, n'est pas choquante et ne comporte pas de mortalité. Elle est pratiquée sous anesthésie locale, avec une anesthésie de base. Le soir même, les douleurs cessent et l'hospitalisation ne dépasse guère trois semaines. Récemment Lazorthes et Dacharry (de Toulouse) ont publié un succès dans une sciatique radiculaire avec cyphose très prononcée ; la tumeur discale avait le volume d'un noyau de cerise. Sur 58 cas, Barr fait connaître 32 résultats satisfaisants et 12 améliorations.

La récidive *in situ* est impossible, si on a bien coagulé les restes du nucléus. A peine un petit suintement veineux profond pourra-t-il provoquer quelques troubles déficitaires, à régression rapide ; c'est rarement qu'il faudra réintervenir pour un hématome calcifié (Lazorthes et Dachary). Les observations se sont multipliées depuis ces derniers mois à l'Académie de chirurgie (de Sèze, Jacob, Petit-Dutaillis, Sicard, Alajouanine, Thurel et Welti) ; toutes sont en faveur du traitement chirurgical.

En définitive, nous nous trouvons en présence d'une entité anatomo-clinique précise, contrôlée par la radio et le lipiodol, et qui est justiciable d'un traitement chirurgical, qui a de nombreux succès à son actif. Mais pour être efficace, il devra être précoce.

LE LAIT CALCIQUE, LAIT DE RÉGIME D'ACTUALITÉ

Docteur Jean Dupin,
Ex-chef de Clinique médicale infantile à la Faculté de Bordeaux

Les difficultés, que l'on a à nourrir les enfants, ne sont pas moindres que celles qui concernent les adultes. En particulier, le problème se pose avec un caractère d'extrême gravité pour les nourrissons en bas âge, soumis à l'alimentation lactée exclusive. Que faut-il donner aux nourrissons actuellement, étant donné la pénurie presque absolue de lait sec et la quantité minime de lait conservé liquide, dont on dispose ?

Il paraît inutile de souligner l'importance de l'allaitement maternel, importance toute particulière maintenant. Mais, malgré toute la bonne volonté des mères, qui suivent dans l'immense majorité des cas, les conseils que nous leur donnons de faire tout leur possible pour nourrir elles-mêmes leurs nourrissons, il en est un grand nombre que n'ont pas du tout de lait, ou en ont peu, ou pour une cause quelconque ne peuvent pas être nourrices. A quel lait doit-on mettre ces enfants ?

Deux catégories essentielles doivent être envisagées : les enfants bien portants et les malades. Les bien portants, il faut les mettre sans hésiter au *lait de vache*. Ce lait, au moins jusqu'ici, ne paraît pas manquer ; tout au plus, les parents se plaignent-ils de distributions parfois irrégulières. Et ce lait, quand il est frais, donne satisfaction dans l'immense majorité des cas, pour les nourrissons bien portants.

Mais comment nourrir les nourrissons prématurés, débiles, eczémateux, hypothrepsiques ou atteints de troubles digestifs ? C'est à cette catégorie d'enfants qu'il faut garder la faible quantité de lait de régime disponible. Le babeurre était précieux, mais il ne faut pas compter pouvoir l'acheter régulièrement. De même le lait acidifié. Le lait calcique en poudre nous avait donné de très beaux résultats de multiples fois, en particulier chez les nourrissons eczémateux, chez qui il constitue à notre avis — et de très loin — le meilleur aliment médicament. Or, il est facile de fabriquer ce lait calcique, en transformant du lait de vache ordinaire par un moyen très simple.

Précisons d'abord que la dénomination de « lait calcique » désigne un lait traité par le *lactate de calcium*, produit que l'on trouve facilement en pharmacie, pour un prix minime.

C'est en 1922 que le viennois Moll et ses élèves ont préconisé l'emploi comme lait de régime d'un petit lait obtenu en faisant agir du lactate de calcium sur le lait complet ou écrémé. Ultérieurement Moll et Stransky ont employé des tablettes de lactate de calcium. Le lait était utilisé soit pur, soit dédoublé au 1/3, soit ajouté à du lait d'amandes douces, ou additionné à 3/100 de farine ou de pudding aux œufs. Dans le produit obtenu, la caséine est finement divisée, donc aisément digérée ; en outre, le dédoublement du lactate de chaux, sous l'action des acides de l'estomac, détermine la formation d'acide lactique, de telle sorte que l'action antidiarrhéique du lait serait comparable à celle du babeurre et des laits acides.

En fait Moll était amené à enrichir un lait qui était beaucoup trop pauvre en valeur calorique, car il employait une grande quantité de lactate de calcium (5 à 6 grammes par litre de lait), ce qui amenait la disparition quasi complète de la caséine du lait ; d'autre part, il employait du lait complètement écrémé ; le résultat était donc un petit lait d'aspect verdâtre, où l'on constatait une absence presque totale de caséine et de beurre.

A Paris, Lesné, Clément et G. Dreyfus-Sée, etc., ont repris l'essai de ce lait calcique, mais en simplifiant la technique primitive.

Nous avons nous-même repris cette fabrication et nous avons constaté qu'on pouvait obtenir avec la plus grande facilité le lait calcique. Avec une habitude qui s'acquiert très rapidement, on a un lait fait instantanément, décaséiné et écrémé à volonté, et que n'importe quelle mère de famille peut fabriquer pour un prix minime.

Il suffit de se procurer des paquets de 3 gr. ou de 4 grammes de lactate de calcium, de les mettre dans le lait (plus ou moins écrémé avec

une cuillère) en ébullition, pendant 20 secondes à une minute et demi ; on agite ; il se forme alors un précipité floconneux blanchâtre ; on passe sur un fin tamis et on a le lait calcique ; son aspect est celui du lait normal s'il est peu décaséiné. Mais il tend à prendre l'aspect de petit-lait jaune-vert et si on a enlevé la presque totalité de la caséine. Dans le tamis reste la caséine sous forme de fromage blanc.

La précipitation de la caséine dépend de plusieurs facteurs ; d'abord de la quantité de lactate de calcium : pour un litre de lait, 3 grammes de poudre décaséinent peu, 4 grammes nettement davantage, et 6 grammes décaséinent totalement et très vite.

Le temps d'action intervient ensuite ; l'action est d'autant plus complète que le lait bout à gros bouillons (on décaséine donc moins si on retire le lait du feu). Enfin intervient aussi la grosseur du tamis, qui doit être fin.

Voici la conclusion de multiples essais que nous avons faits :

Avec les paquets de 3 grammes, en laissant le produit dans le lait bouillant sur le feu pendant 20 secondes, on a un lait contenant 30 grammes de caséine ; en le laissant 30 secondes à une minute, on a 22 à 25 grammes de caséine ; mêmes résultats jusqu'à 3 minutes. Grosse diminution de la caséine vers la 4e minute.

Avec les paquets de 4 grammes, le lait se décompose bien plus rapidement, peu après une minute. En 40 secondes, on a un lait contenant 18 à 25 grammes de caséine. Par exemple, on a le résultat d'analyse suivant : 24 gr. 75 de caséine ; 47,5 de lactose ; 30 de beurre ; sels minéraux, traces.

Le lait jaune-vert, décomposé, ne contient que 1 à 3 grammes de caséine.

Avec des paquets de 6 grammes, le lait se décompose très vite, vers la 15e seconde.

Le lait obtenu est d'autant plus blanc et plus proche d'aspect du lait ordinaire qu'il est moins décaséiné ; il est parfaitement stable, se conserve très bien, et a un goût très bon — gros avantage sur le babeurre. Les nourrissons l'acceptent comme du lait ordiniire. Même le petit lait jaune-vert totalement décaséiné se conserve et a bon goût.

On sucre le lait calcique à 5 pour 100 comme du lait ordinaire et on le coupe à volonté.

Le précipité constitue un excellent fromage.

Le plus souvent nous employons personnellement les paquets de 4 grammes que nous laissons dans le lait légèrement écrémé bouillant 30 à 40 secondes, et que nous passons en une minute environ.

Ce lait contient 20 grammes de caséine environ, donc à peu près autant que le lait de femme. Et il peut être employé avec succès pendant des semaines, au cours desquelles les nourrissons croissent remarquablement. Il est très bien assimilé par les enfants qui tolèrent mal le lait de vache ; en particulier, les vomisseurs s'en trouvent généralement fort bien. Les débiles et les hypothrepsiques voient souvent grâce à lui leur courbe de poids s'arrêter dans sa descente, puis remonter.

Chez les nourrissons diarrhéiques, les indications sont calquées sur celles du babeurre, mais le goût du lait calcique est infiniment préférable. Enfin, comme nous l'avons déjà dit, il constitue à notre avis, le meilleur aliment-médicament chez les nourrissons eczémateux.

Et nous terminerons en ajoutant, avec les autres expérimentateurs, que nous n'avons jamais eu aucun incident lors de l'emploi de ce lait.

A PROPOS DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES HÉMITHORAX SOMBRES

Par Pierre Crépin (de Lens)

L'hémithorax sombre n'est pas une rareté radiologique ; les causes pouvant faire apparaître cette image sur l'écran, sont multiples et appartiennent à des affections très répandues. La fréquence de ce diagnostic, les indications capitales en découlant, nous ont incité à rapporter l'observation suivante :

M. C. F. S., mineur retraité, âgé de 59 ans, vient nous consulter pour fièvre persistante. Il n'a pas d'antécédents pathologiques dignes d'être signalés.

Il y a un mois, alors qu'il souffrait d'angine banale et de coryza, il est obligé de se coucher par une violente douleur abdominale droite accompagnée d'une température à 40°. Son médecin pense d'abord à une appendicite ou à une cholécystite, mais l'apparition d'une toux avec expectoration purulente l'oriente vers une pneumopathie aiguë. La température descend le huitième jour aux environs de 38°, et s'y maintient depuis. Le malade n'expectore pas, n'a pas de point de côté ; il tousse seulement un peu. Son médecin en raison de la fièvre persistante demande un examen radiologique.

L'examen clinique montre une matité importante du côté droit ; seul, le sommet conserve sa sonorité normale. Les vibrations sont perçues à droite, mais nettement plus faibles qu'à gauche. A l'auscultation, on entend à droite une diminution du murmure vésiculaire et des râles humides en arrière sur une surface assez considérable.

L'examen radiologique montre une opacité quasi-totale de l'hémithorax droit ; seul, l'extrême sommet est transparent. Le côté gauche est normal.

Le médecin du malade pense à une pneumopathie aiguë ou bacillaire évoluant depuis un mois. Les râles humides perçus en arrière rendent cette hypothèse vraisemblable ; pourtant notre attention avait été retenue par l'existence d'une matité importante et par l'absence complète d'expectoration. Après une première ponction infructueuse en arrière au lieu d'élection, on ponctionne dans l'aisselle avec une aiguille de 12/10.

Il est impossible d'obtenir de liquide, mais à l'extrémité du mandrin se trouve une goutte de pus. En utilisant un trocart, nous pouvons alors extraire trois quart de litre de pus épais verdâtre, inodore, en alternant les soustractions liquidiennes et les injections d'air. Après la ponction, on observe à l'écran, une image typique de pyopneumothorax ; en tournant le malade, nous avons pu délimiter la cavité pleurale qui occupait les trois quarts de l'hémithorax. Lors de ces mouvements, dans l'inclinaison vers la

gauche, un deuxième niveau liquide était visible, dénotant la présence de cloisonnements.

Cette observation nous permettra de passer en revue un certain nombre d'affections auxquelles le médecin devra penser en présence d'un hémithorax sombre radiologique. L'on s'aidera évidemment des signes cliniques, les renseignements radiologiques seuls pouvant conduire trop facilement à l'erreur.

Chez notre malade, un certain nombre d'éléments conduisaient au diagnostic de pleurésie : affection de type aigu, douleurs intenses à la base du thorax, absence d'expectoration. Par contre, d'autres éléments nous éloignaient de ce diagnostic : râles humides perçus en arrière et une première ponction blanche.

Comme souvent, c'est la présence de pus à l'extrémité de l'aiguille qui nous permit d'affirmer le diagnostic et, sur ce fait, l'on ne dira jamais assez l'importance de la ponction débarrassée de ses causes d'erreur (aiguilles de diamètre trop petit, sans mandrin, ponction faite en zone symphysée et n'atteignant pas la zone enkystée de l'épanchement). Toutes ces erreurs sont connues, mais la difficulté du diagnostic des pleurésies enkystées nous semble justifier le fait de les signaler à nouveau.

En résumé, devant un hémithorax sombre, avant tout il faut penser à la pleurésie ; la ponction seule, si la moindre indication de celle-ci est fournie par l'examen clinique ou les constatations radiologiques, apportera la preuve permettant de nier la présence d'un épanchement.

Si nous envisageons les *hémithorax sombres d'origine pleurale*, nous devons ajouter à la pleurésie de la grande cavité, celles qui sont enkystées et qui sont accompagnées de réactions parenchymateuses de voisinage, ces dernières obscurcissant la partie de l'hémithorax non occupée par la pleurésie.

La pachypleurite sera souvent à l'origine des opacités diffuses ; dans les antécédents du malade l'on trouvera la notion d'une pleurésie prolongée, d'un pneumothorax ancien accompagné d'une pachypleurite. Une erreur à ne pas commettre en ce qui concerne le pneumothorax sera de ne pas considérer comme pachypleurite une opacité due, en réalité, à un épanchement résiduel appelé souvent de substitution. Dans certains cas, il sera préférable de pratiquer en cas de doute une ponction dans ces hémithorax obscurcis par de soi-disant pachy-pleurites et de profiter de celle-ci pour ramener progressivement le poumon à la paroi.

Les pachypleurites s'accompagnent souvent de signes radiologiques de rétraction : rétraction du médiastin total, soit vers la droite, soit vers la gauche, déviation de la trachée avec sa bande claire latérale, déviation du cœur (dextrocardie ou sinistrocardie) ; cette rétraction peut être quelquefois localisée à une partie du médiastin, généralement à sa partie supérieure. La rétraction siègera aussi sur le squelette thoracique, en diminuant les espaces intercostaux et en donnant aux côtes une obliquité plus accentuée. Le diaphragme sera immobile et subira une ascension variable suivant l'intensité du processus. Il existe des pachypleurites dues uniquement à un épanchement pleural, mais dans la majorité des cas, celui-ci sera associé à un processus parenchymateux.

Nous envisageons maintenant les *hémithorax sombres d'origine pleuro-pulmonaire.*

Dans beaucoup de pachypleurites d'apparence primitive, un élément parenchymateux peut intervenir ; c'est ainsi que, dans les tuberculoses pleuro-pulmonaires, le processus fibreux a pu être prédominant et se manifester sous une forme attractive pour le médiastin et la paroi thoracique.

La dilatation des bronches, qui souvent, au cours de son évolution, se complique de pleurésie, se manifestera dans ces cas par une opacité thoracique étendue. Des processus de densification du parenchyme voisin des dilatations, associés à la pachypleurite, contribuent à donner les images que nous étudions.

Pour terminer, signalons les *hémithorax sombres d'origine pulmonaire, sans participation pleurale.*

L'atélectasie pulmonaire peut réaliser ce syndrome radiologique en quelques jours. Cette affection, rare en pratique, a connu au cours de ces dernières années une extension que nous trouvons exagérée. N'empêche qu'elle existe cependant et pourra s'observer après les interventions chirurgicales surtout abdominales, après les interventions thoraciques, à la suite de l'obstruction d'une grosse bronche par corps étranger, par hémoptysie, par cancer bronchique.

A l'examen radiologique, elle se présentera sous la forme d'une opacité massive avec déviation du médiastin. Si l'exploration de la plèvre au trocart de Kuss montre une dépression importante, on sera autorisé à l'affirmer. Une bronchoscopie pourra, dans certains cas, lever l'obstacle et le faire disparaître.

Dans les opacités dues à la tuberculose pulmonaire non associée à des lésions pleurales, l'opacité sera rarement uniforme, elle sera accompagnée de zones excavées qui, avec la coopération bactériologique, permettront d'affirmer le diagnostic. Dans les ensemencements post-hémoptoïques ou dans ceux qui surviennent après une thoracoplastie, l'élément d'atélectasie associée rentrera dans le cadre précédent.

Signalons enfin les opacités totales dues au cancer du poumon ou des bronches qui s'accompagnent souvent de douleurs, d'hémoptysies et d'amaigrissement rapide. La présence de cellules cancéreuses, l'absence de bacilles de Koch, dans l'expectoration ou dans la biopsie bronchoscopique, permettront de rapporter à leur vraie cause les constatations radiologiques.

Cette rapide revue des opacités hémithoraciques pleurales, pleuro-pulmonaires et pulmonaires ne nous fera jamais oublier qu'il faudra toujours, en présence de ce syndrome, évoquer d'abord et avant tout la possibilité d'un épanchement pleural.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Héméralopie latente et vitamine B2

(MM. P. BOULANGER et J. SWYNGEDAUW. — Présentation par M. POLONOVSKI ; 21-7-1942)

Au cours d'une enquête sur les états de précarence dans la population lilloise, MM. Boulanger et Swyngedauw ont recherché l'héméralopie latente chez 229 enfants des écoles. Vingt-cinq d'entre eux, qui présentaient les temps de réaction les plus longs, ont été soumis à un traitement d'épreuve par la vitamine A : dix-huit ont recouvré un temps de perception normal. Cinq des autres, réfractaires à la vitamine A, redevinrent visuellement normaux à la suite de l'ingestion de vitamine B2. Donc, à côté de la vitamine A, la lactoflavine interviendrait parfois dans les phénomènes d'héméralopie et le test d'héméralopie latente permettrait peut-être, dans certaines conditions, de déceler les déficiences en vitamine B2.

Infections humaines à « Listerella monocytogenes »

(MM. HARVIER, LAVERGNE et R. CLAISSE ; 28-7-1942)

A propos d'un cas de méningite purulente aiguë, dans lequel la culture du liquide céphalo-rachidien révéla un germe identifié à Listerella monocytogenes, M. Harvier note qu'il n'existe à sa connaissance, en pathologie humaine, que quatorze cas (11 méningites et 3 septicémies chez le nourrisson avec méningite), où ce germe a été mis en cause.

Du traitement radiothérapique de la tuberculose utéro-annexielle et des péritonites tuberculeuses avec lésions génitales

(M. R. MATHEY-CORNAT et Mme RAYTON-MATHEY-CORNAT. — Présentation par M. BEZANÇON ; 21-7-1942)

D'une statistique de 160 cas observés dans un hôpital-sanatorial marin, de 1935 à 1941, les auteurs concluent que les nouvelles méthodes radiothérapiques (et aussi actino et héliothérapiques) constituent, dans ces affections, un appoint important à la chirurgie. Une organisation doit être comprise à cet effet.

Traitement de l'hypoprotéinémie des œdèmes de carence par le plasma humain

(MM. SUREAU, ESCALIER et R. ANDRÉ. — Présentation de M. Léon BINET ; 28-7-1942)

Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas d'œdèmes de carence avec hypoprotéinémie, les auteurs ont tenté de corriger le déficit protidique en injectant par voie veineuse du plasma humain préparé au Centre de transfusion. Cette médication a paru contribuer à la régression des œdèmes, qui a été assez rapide après leur emploi, en même temps que s'élevait le taux des protéines sanguines.

Alimentation et dents

(M. DECHAUME. — Présentation par M. P. LEREBOULLET ; 28-7-1942)

M. Dechaume formule quelques notions générales sur les rapports de l'alimentation et du système dentaire :

Le système dentaire de l'homme, comparé à ce qu'il fut jadis, enregistre un certain état régressif de sa puissance, ce qui tient à l'usage d'aliments peu durs. Les actions mécaniques protègent les dents de la carie. A côté de la résistance des aliments, intervient également leur composition : par exemple, certains aliments (cake, pain d'épices, etc.) collant aux dents, peuvent être nocifs pour celles-ci, par la levure qu'ils contiennent en particulier. Un régime trop pauvre en calcium ou mal équilibré trouble la calcification dentaire ; un régime trop riche peut déterminer, par phénomènes acidosiques, une altération osseuse du bord alvéolaire. Les habitudes alimentaires et les altérations du métabolisme général qu'elles conditionnent se transmettent aussi héréditairement et transmettent leurs influences.

Recherche du pouvoir neutralisant du sérum des vaccinés contre le typhus exanthématique

(MM. Paul DURAND, BÉGUET, HORREMBERGER et RENOUX. — Présentation par M. TRÉFOUËL ; 28-7-1942)

Recherches sur la cholinestérase du sérum humain à l'état normal et pathologique

(MM. DROUET, VERAIN et FRANQUIN, de Nancy ; 28-7-1942)

Note sur certaines orientations bio-chimiques de l'activité endocrinienne au sein de l'organisme animal

(M. J. BRUNATI ; 28-7-1942)

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Traitement des arthrites suppurées par les sulfamides

(MM. PATOIR et DHALLUIN, de Lille. — Rapport de M. A. SICARD ; 27-5-1942).

Les auteurs ont traité par la sulfamidothérapie générale et locale (intra-articulaire), 5 arthrites aiguës suppurées du genou. Leurs cinq malades ont guéri rapidement.

— M. MONDOR cite le cas d'un de ses malades atteint de synovites gonococciques des deux genoux, qui fut soigné d'un côté par arthrotomie, de l'autre par la sulfamidothérapie. Le résultat fut meilleur pour le genou arthrotomisé.

— M. LEVEUF ajoute que la sulfamidothérapie ne saurait amoindrir le rôle prépondérant de deux autres facteurs de traitement : l'immobilisation plâtrée précoce, rigoureuse, et l'évacuation du pus articulaire par arthrotomie *a minima* sans aucun drainage.

Choc grave par éviscération de l'intestin traité par la rachi-anesthésie et la morphine intra-veineuse.

(M. SUIRE, de Niort. — Rapport de M. J. LEVEUF ; 13-5-1942)

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Leptospirose ictéro-hémorragique à début convulsif et comateux

(P. MICHON et Mme HERBEUVAL (Nancy) ; 22-5-1942)

Pareille symptomatologie initiale ne semble pas encore avoir été signalée. Une confusion était

d'autant plus possible avec le tétanos que l'intéressé s'était blessé, quelques jours auparavant, au cours de son travail de chauffeur mécanicien. Les comas signalés jusqu'à présent dans la leptospirose étaient des comas urémiques terminaux, dus aux progrès de l'hépato-néphrite. Ici l'azotémie ne justifiait pas d'emblée pareille symptomatologie, au reste isolée d'autres signes d'urémie. Toute encéphalite, accompagnant une réaction méningée, n'était pas en cause, et le liquide céphalo-rachidien était normal. Peut-être s'agissait-il d'une congestion méningo-encéphalique, calquée sur l'hyperémie conjonctivale.

Un cas de carotinémie simulant un ictère par rétention, avec abaissement du métabolisme basal

(MM. Pasteur VALLERY-RADOT et J. SÉRANE ; 22-5-1942)

Les urines étaient d'une coloration normale, sans pigments, ni sels biliaires. Selles d'aspect normal. Examen clinique complètement négatif. On ne pouvait donc penser à un ictère par rétention. Un régime, déséquilibré au profit des aliments riches en carotène, avait cependant permis de réaliser une pigmentation presque généralisée et assez intense pour faire penser au premier abord à un ictère par rétention. Contrairement à l'habitude, le sujet avait même les muqueuses conjonctivale et sublinguale légèrement teintées en jaune. D'autre part, le métabolisme basal était abaissé ; peut-être y aurait-il une relation étroite entre le fonctionnement du corps thyroïde et le cycle de la vitamine A dans l'organisme.

G. F.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15-5-1942

Greffes osseuses pour pertes de substances du maxillaire inférieur

M. DUFOURMENTEL présente une série d'observations du médecin-commandant GINESTET, de greffes osseuses appliquées aux destructions étendues au maxillaire inférieur, toutes avec de très beaux résultats.

Deux cas d'affections provoquées

M. MASMONTEIL rapporte le cas :

1° d'un homme ayant avalé une cuillère après l'avoir sectionnée en deux parties ; l'une fut retrouvée dans l'estomac, l'autre dans le cæcum, et extraites toutes deux ;

2° D'un homme présentant un œdème cervico-facial très prononcé provoqué par des piqûres de la face interne des joues suivies d'insufflation sous pression, la bouche et les narines étant soigneusement fermées.

Un cas de syndrome pseudo-perforatif de la pneumonie

MM. CHUREAU et BOURÉE présentent l'observation d'un malade chez lequel, en l'absence de symptômes pulmonaires au début, la contracture abdominale généralisée fit penser à une perforation gastrique.

La Presse

Les éclipses des réactions cutanées à la tuberculine chez l'enfant

Le dogme de l'immutabilité des réactions cutanées à la tuberculine, chez l'homme infesté par le bacille tuberculeux, est manifestement à son déclin. On sait déjà que ces réactions sont nettement moins nombreuses chez les vieillards que chez les adultes à la force de l'âge. Des animaux infestés par des souches de bacilles peu virulents peuvent ne présenter qu'une tuberculose atténuée, qui finit par guérir : la disparition de l'allergie cutanée de ces animaux est alors un des témoins de leur guérison. Il peut arriver que l'être humain, adolescent ou adulte, présente une tuberculose régressive, et que son allergie cutanée disparaisse, lorsqu'il guérit. Aussi a-t-on pensé que la persistance habituelle, chez l'homme, de l'allergie cutanée à la tuberculine devait être due à des réinfections exogènes successives. Cette allergie cutanée n'aurait donc pas toute la fixité qu'on se plaisait jadis à lui attribuer. A. BERGERON, BUCQUOY et BEUST ont de même observé que sur 100 enfants, primitivement allergiques, 2 à 3 avaient présenté des éclipses, souvent transitoires, mais parfois durables, de cette allergie. Chez l'enfant, il ne s'agirait pas de réinfections successives, mais d'une difficulté qu'éprouve son organisme à modifier suffisamment ses humeurs, pour que s'établisse l'état d'allergie ; d'ailleurs les réactions cutanées à la tuberculine ne sont pas le « tout » de l'allergie ; il y a aussi la sensibilité viscérale, qui peut différer de la sensibilité cutanée, et persister alors que celle-ci disparaît. (*La Presse médicale*, 5 septembre 1942).

Sur la dilatation aiguë spontanée de l'estomac

A. MOUCHET rappelle que cette dilatation spontanée diffère entièrement de la dilatation post-opératoire, bien moins rare et mieux connue. Elle intéresse le plus souvent, mais pas toujours, l'estomac et le duodénum jusqu'au niveau de la pince mésentérique. La dilatation est considérable, et l'estomac refoule dans le petit bassin le côlon et les anses grêles. Dans certains cas même, cette distension aboutit à la rupture de l'estomac par perforation du viscère. Ces accidents apparaissent souvent, sans cause apparente chez un sujet sain. Parfois, c'est après un repas copieux : repas de choux, pommes de terre, haricots, œufs durs, copieusement arrosé. Parfois encore c'est au cours de certaines affections abdominales (appendicite, lithiase biliaire, etc.), de maladies infectieuses ou d'intoxications (urémie, diabète). Cette dilatation aiguë est due à une paralysie subite de l'estomac, par brusque déséquilibre vago-sympathique.

Il faut d'abord instituer un traitement médical pour vider cet estomac plein de gaz et de liquides : position génu-pectorale ou latéro-droite, et tube de Faucher avec lavages gastriques ou aspiration duodénale continue. Mais si au bout de 24 ou 48 heures (plus rapidement dans les formes graves) on ne constate pas radiologiquement le retour de la tonicité et de la motricité gastrique, la jéjunostomie est à conseiller. Cet accident est très grave, en raison de complications possibles par perturbations du métabolisme de l'eau, des sels minéraux, de l'azote, des protéines, etc... (*Paris médical*, 10 septembre 1942).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

QUELQUES VÉRITÉS SUR LA RELÈVE

On a l'air, à parler de la relève des médecins de ressasser une litanie, et certains peut-être la trouveront monotone.

Ils sont enviables ceux-là, s'il s'en trouve ! Car le sort de nos prisonniers est un souci qui doit nous peser au cœur tant que nous n'aurons pas trouvé la voie pour réparer cette injustice.

Or, il y a dix-huit mois maintenant que l'idée de la relève a été lancée ; il y a un an que les communiqués les plus circonstanciés courent tous les journaux : les modalités ont été décrites, les soldes des remplaçants fixées, la durée de leur absence.

Bref tout le monde, à commencer par les prisonniers et leurs familles, était fondé à compter sur une réalisation prochaine.

Or, à l'heure actuelle, novembre 1942, fait incroyable mais authentique, la relève des médecins prisonniers n'est pas commencée. Bien plus ! aucune certitude n'est obtenue à propos de la date où elle sera mise en train.

Sans doute un départ de volontaires pour l'Allemagne a eu lieu vers le début de l'année ; et quelques autres ont suivi dans le courant de l'été.

Mais les relevés de janvier étaient des hommes de plus de quarante ans ou pères de familles nombreuses ou anciens combattants de 1914 ; c'est-à-dire qu'ils remplissaient les conditions requises à ce moment de *n'importe quel prisonnier* pour être libéré. Leur qualité de médecins, de techniciens indispensables en tant que tels dans les camps, n'avait fait pour eux que compliquer les formalités : leur départ étant subordonné à l'arrivée d'un remplaçant.

Quant aux relèves de l'été, elles ont joué au profit de malades (une trentaine) désignés pour le rapatriement, de grands malades qui, *s'ils n'avaient pas été médecins* auraient été déjà renvoyés et qui, *parce que médecins*, étaient retenus pour les besoins du service.

Il n'est donc pas abusif de dire que la relève des médecins n'est pas commencée. Il n'est pas exagéré de s'émouvoir de tant de promesses formelles et jamais tenues, d'atermoiements si insidieux et obstinés qu'ils lasseraient un saint.

Où en est cependant la question ?

Voici les résultats d'une enquête datant de ces tout derniers jours :

L'accord des autorités allemandes pour une relève totale et progressive est acquis.

Une distinction a été faite entre les médecins prisonniers, habile dans un sens, mais pas assez astucieuse dans un autre pour qu'on n'y aperçoive pas un bout d'oreille : *les médecins de l'active seront relevés par des médecins de l'active, et les réservistes par des médecins de réserve.*

Le Service de santé se charge de fournir les remplaçants de *ses* médecins. Quant aux autres, il professe que leur sort ne le concerne pas. Le Conseil supérieur de l'Ordre ayant été chargé de recruter les remplaçants réservistes a, voici déjà trois mois, envoyé une liste d'une cinquantaine de noms dont il avait soigneusement éliminé ceux qu'une situation particulière désignait à l'exemption : pères de famille, anciens combattants, anciens prisonniers, pupilles de la Nation, fils de veuves, résidents de zone côtière bombardée. Une autre liste, plus nombreuse, est en cours d'exécution et le classement se poursuit sans interruption.

Cependant les départs n'ont pas lieu. Une force obscure enraye la mécanique prête à tourner. Où siège-t-elle ?

A converser de çi de là, on circonscrit peu à peu la maléfique influence.

Nous avons rappelé dernièrement les paroles du Secrétaire d'Etat à la Santé, lors de la réunion d'Aurillac :

« *Il appartiendra aux médecins militaires de partir les premiers ; c'est à eux d'abord de soigner les militaires, en quelque situation qu'ils se trouvent et en quelque lieu que ce soit* ».

La prise de position était nette, sans ambiguité, et à tous égards satisfaisante.

Mais le Service de santé fait une distinction entre médecins de l'active et réservistes. Il entend, lui, que chaque catégorie se borne à relever ses ressortissants et, en cela, il s'insurge contre les déclarations du Secrétaire d'Etat à la Santé ; il tient les paroles de celui-ci pour nulles et non avenues.

Il paraît que pour envoyer des réservistes, c'est-à-dire des civils, au service des camps en Allemagne, il est nécessaire de les remobiliser et que, en l'absence du décret de mobilisation générale, un biais juridique doit être trouvé. Cette recherche formaliste serait, en ce moment, la cause du retard apporté à la relève.

Ce retard est donc imputable au mauvais vouloir du Service de Santé. Le Service de Santé, par son obstination à refuser des médecins de l'active, encourt une responsabilité dont on a droit de lui demander compte. Que les médecins de l'active, comme il est équitable, « partent les premiers », et la relève démarre sans coup férir . Les prisonniers et leurs familles se rappelleront par qui, et sous quel prétexte artificieux, leurs tourments ont été prolongés.

Le Service de santé allègue le petit nombre de médecins dont il dispose d'une part, la multiplicité des charges qu'il assume, d'autre part.

Or, chacun sait qu'un nombre important de

médecins de l'active, même jeunes, ont été et sont encore mis en congé d'armistice. Cette position les met en mesure de s'installer, de faire de la clientèle, et ils ne s'en privent pas.

Ainsi se réalise un chassé-croisé dont on aperçoit sans peine le côté bénéficiaire : les médecins militaires soignent les civils (en France), et les médecins civils soignent les militaires (mais en Allemagne) !

Quelles sont les charges du Service de santé : des détachements éparpillés au lieu des grosses garnisons d'autrefois, les centres de jeunesse ?

Le médecins civil du village voisin ne ferait-il pas aisément le service d'un centre de jeunesse ?

Quant aux postes de l'armée proprement dite, il est permis de contester que l'armée de l'armistice ait des besoins médicaux préférables à ceux de l'armée française qui a fait campagne et qui est prisonnière. Voilà par où est tragique la situation de la France ; nul ne devrait affecter de méconnaître une aussi rude vérité.

S'il n'est pas possible de renvoyer dans leurs familles tous les médecins prisonniers, ce serait déjà un premier pas, et qu'ils apprécieraient sans nul doute, de les faire rentrer en France et de les affecter à l'infirmerie d'un quelconque détachement, ou à un hôpital de garnison. Tel est précisément le travail qu'ils fournissent depuis deux ans, dans des conditions techniquement plus difficiles et humainement plus pénibles.

Il conviendrait que les médecins militaires fussent enfin rendus à leur véritable mission et non abusivement mis à l'abri dans des postes d'apparat.

On demande donc d'un ton ferme aux responsables, nettement identifiés maintenant, de mettre un terme à leurs manœuvres trop obliques, de faire cesser une iniquité criante et d'écouter enfin la voix du devoir plutôt que celle de l'esprit de corps.

Les fauteurs de discordes entre Français doivent être démasqués partout où ils se trouvent.

Pour notre faible part, nous nous y essayons et faisons le vœu de n'avoir plus à revenir sur un sujet entre tous pénible.

G. LAVALÉE.

LA RÉFORME DE L'ORDRE DES MÉDECINS (1)

Par Me Bernard AUGER,
Avocat aux Conseils

II. — ADMINISTRATION

L'Ordre est *un*, avons-nous dit ; mais il est divisé en Collèges départementaux, qui groupent, d'un côté tous les médecins, de l'autre tous les praticiens de l'art dentaire qui exercent leur art dans le département, soit à titre privé, soit comme fonctionnaires (directeur de bureaux d'hygiène, médecins d'hôpitaux, etc.) à l'exception toutefois, semble-t-il, des médecins militaires, parce qu'ils sont essentiellement nomades, et dès lors, n'exercent pas leur art sur un point déterminé.

Les médecins sanitaires maritimes, c'est-à-dire les médecins des Compagnies de navigation, font-ils partie de l'Ordre ? Eux aussi sont essentiellement nomades, ils n'exercent qu'exceptionnellement à terre, et ils pratiquent surtout à bord. Eux non plus ne devraient donc pas être inscrits.

Ces Collèges départementaux sont administrés par deux Conseils, l'un pour les médecins, l'autre pour les praticiens de l'art dentaire, substitués à l'ancien Conseil départemental de l'Ordre, et aux organes similaires créés pour les dentistes et qui ont à peu près les mêmes attributions, attributions disciplinaires exceptées. C'est eux qui se portent partie civile contre les illégaux, eux qui, du moins pour le Conseil des médecins possèdent les biens de l'Ordre affectés aux besoins des médecins (nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même pour les dentistes du département) c'est-à-dire en disposent, les administrent au nom de l'Ordre ; qui crééront, gèreront ou contrôleront les œuvres professionnelles organisées dans le département — et s'occupent d'une manière générale de toutes les questions intéressant la profession dans le département.

Le Conseil du Collège des médecins (art. 3) est élu pour 5 ans.

Les modalités de cette élection seront fixées par un règlement d'administration publique ; la loi se contente de dire que le vote se fera par correspondance, au scrutin secret. Il est probable qu'on procèdera comme pour les ordres d'avocats : chaque bulletin portera autant de noms que de postes à pourvoir, mais chaque candidat courra sa chance individuellement ; que l'élection sera acquise à la majorité absolue, et qu'on recommencera les votes aussi longtemps que la liste ne sera *pas complète* Il élit chaque année son président, qui le réunit au moins six fois par an, et a voix prépondérante en cas de partage.

Si le tableau des praticiens de l'art dentaire comprend des médecins stomatologistes, ceux-ci votent séparément, et ont deux représentants dans les conseils de neuf membres, un seul dans les autres. S'il n'y a qu'un seul stomatologiste et qu'il ne soit pas inéligible, il fait de droit partie du Conseil. Les chirurgiens dentistes élisent, de leur côté, le reste des membres du Conseil.

Y aura-t-il assemblée générale des deux Collèges ? La loi ne le prévoit pas ; mais elle ne s'y oppose pas non plus. L'existence même d'un *Collège* suppose une assemblée générale.

L'un et l'autre fonctionnent sous le contrôle et l'autorité de l'ancien Conseil supérieur, devenu Conseil national, avec à peu près les mêmes attributions que son prédécesseur — auxquelles il ajoute la fixation des cotisations qui devront être obligatoirement versées annuellement par les membres de l'Ordre, et la répartition de ces cotisations entre le Conseil national et le Conseil départemental — et dont nous avons vu plus haut la fonction disciplinaire, qu'il exerce par l'intermédiaire de son émanation, la Chambre de discipline. De même que je me suis borné à indiquer les attributions d'ordre proprement professionnel des Conseils de Collège départemental, je ne m'étendrai pas sur le rôle administratif et corporatif du Conseil national : Le *Concours* lui consacrera des études plus complètes.

Tel qu'il est conçu par la nouvelle loi, le Conseil national, à mon avis, est beaucoup trop nombreux et de composition singulièrement hétérogène. Je renvoie au texte de la loi pour l'indication de ses membres et de leur mode de désignation.

(1) Voir *Concours Médical*, 11 novembre 1942, pages 904 et suivantes.

Il comprend deux sections, une de médecine, l'autre dentaire, lesquelles doivent être réunies en assemblée plénière au moins tous les six mois sous la présidence du président de la section médicale ; il ne peut s'occuper des problèmes intéressant la protection de la Santé publique et l'hygiène qu'en assemblée plénière.

La Section de médecine se réunit au moins six fois par an : l'ordre du jour de ses séances doit être communiqué au moins deux jours à l'avance au Secrétaire d'Etat à la Santé, et il ne peut pas délibérer valablement, c'est-à-dire prendre une décision, sur une question qui n'est pas portée sur cet ordre du jour. Au Ministre, doivent être également communiquées, dans les deux jours, toutes les décisions prises, à l'exception de celles de la Chambre de discipline. Le Secrétaire d'Etat à la Santé peut en suspendre l'exécution pendant deux mois, et, pendant ce délai, les annuler pour inobservation des textes en vigueur (art. 17, par. 2), ce qui comprend les vices de forme, les évasions hors de l'ordre du jour, ou le défaut de communication en temps utile de ce dernier. *Toute personne intéressée peut déférer ces décisions au Secrétaire d'Etat*, c'est-à-dire attirer sur elles l'attention de ce dernier, et solliciter leur annulation. Il s'ensuit qu'elles ne sont pas susceptibles d'un recours direct devant le Conseil d'Etat, à qui l'on ne pourra déférer que la décision du Ministre.

Qu'arrivera-t-il, si cette décision n'intervient pas dans le délai de deux mois ? La décision sera-t-elle tenue pour approuvée ? Je le pense ; à l'expiration de ce délai, on pourra donc saisir le Conseil d'Etat ; mais le délai de communication des décisions (deux jours) me paraît purement comminatoire, autrement dit, dépourvu de sanctions.

Quant à la section dentaire, elle est beaucoup moins nombreuse que sa sœur. Elle comprend : neuf membres élus et trois membres désignés par les précédents.

La tenue des séances (six par an, au moins) ; le contrôle du Secrétaire d'Etat à la Santé sur les décisions, les voies de recours contre ces dernières, sont les mêmes que pour la section de médecine.

III. — Dispositions générales et transitoires

Ce chapitre se borne à reprendre, pour les codifier, les dispositions antérieures, et à prendre les mesures nécessaires pour faciliter le passage du régime intermédiaire, celui du 7 octobre 1940, au nouveau régime, provisoirement définitif.

a) *Mesures transitoires.*

Tous les biens appartenant à l'Ordre des médecins, et confiés aux Conseils départementaux de l'Ordre, toutes les œuvres gérées ou contrôlées par ces Conseils, le bénéfice des conventions passées par ces Conseils avec des organismes étrangers à l'Ordre, sont transférées aux Collèges départementaux.

Même transfert à l'échelon du Conseil supérieur, dont le Conseil national prend la suite (art. 51).

Mais, chose singulière, le Collège départemental des praticiens de l'art dentaire ne prend pas la suite de la section dentaire du Conseil départemental de l'Ordre : tous les biens, œuvres, traités ayant compté à cette section dentaire sont transférés au Conseil national, Section dentaire (art. 52). En sorte que, pour la gestion de propriété de l'Ordre et la direction des œuvres professionnelles réservées aux praticiens de l'art dentaire, l'échelon départemental n'existe pas.

La raison d'être de cette disposition n'est pas évidente.

Dès leur constitution, les nouveaux Conseils prendront, purement et simplement, la suite des Conseils actuellement existants, et qui cesseront aussitôt leurs fonctions ; les affaires disciplinaires en cours d'instruction à cette date seront dévolues de plein droit aux Conseils régionaux et à la Chambre de discipline du Conseil national.

b) *Dispositions générales :*

Tout d'abord, l'interdiction faite aux médecins de constituer des associations régies par le livre III du Code du travail, c'est-à-dire des associations à forme syndicale, quelqu'en soit l'objet, serait-il l'achat en commun des ustensiles et produits et fournitures utiles à l'exercice de leur profession, cette interdiction est maintenue.

Elle est étendue aux Associations régies par la loi du 1er juillet 1901 (associations de droit commun) pour autant que ces associations se proposent la défense des intérêts professionnels de leurs membres. Il suit de là que les spécialistes ne pourront pas constituer des associations destinées à faire respecter les droits et prérogatives attachés à la spécialité, à prendre la parole en leur nom devant les différents Conseils et l'Administration. Il ne pourra pas y avoir d'association de médecins d'hôpitaux, destinés à soutenir contre les Administrations, les intérêts de leurs membres. Je me demande même si les Cercles d'études scientifiques ne sont pas atteints par cette prohibition ; car c'est en quelque manière défendre la profession que de permettre à ses membres de se perfectionner dans leur art ! Je ne suis pas absolument assuré que cette disposition soit excellente.

Mais il y a mieux. Pour assurer, sans doute, le respect de l'interdiction qui précède, les médecins ne peuvent se réunir en associations, quel qu'en soit l'objet, qu'avec l'autorisation du Secrétaire d'Etat à la Santé, donnée, et qui peut être retirée, après avis du Conseil national. En sorte que, s'il plait à des médecins de constituer entre eux un club sportif, un cercle de bridge, un orchestre et des chœurs, un cercle d'études religieuses ou une conférence de Saint-Vincent-de-Paul, ils devront en solliciter respectueusement l'autorisation du Secrétaire d'Etat à la Santé, lequel, avant de la leur donner gracieusement, devra prendre soigneusement l'avis du Conseil national...

Qu'arrivera-t-il, si quelques-uns d'entre eux, avides d'indépendance, omettaient de se déguiser en bourgeois de Calais avant de se grouper pour jouer aux boules ? Leur association serait nulle, et dissoute de plein droit ; les biens en seraient confisqués au profit de l'Ordre, seul capable de posséder des biens destinés à profiter aux médecins ; ils encourraient, en outre, des peines disciplinaires.

En second lieu, la définition de l'exercice illégal de la médecine et de l'art dentaire est simplifiée.

On indique, en consacrant les solutions jurisprudentielles , ce qu'il faut entendre par pratique de l'art dentaire : ce sont, les prescriptions, les opérations ou les soins médicaux et chirurgicaux bucco-dentaires, la prise des empreintes, l'essayage et la pose de tous appareils de prothèse et d'orthodontie.

On ajoute (art. 55) et c'est la reproduction du premier alinéa de l'art. 22 de la loi du 17 novembre 1940, que nul ne peut être propriétaire, co-propriétaire, gérant ou exploitant d'un cabinet dentaire s'il ne remplit les conditions requises pour l'exercice de la profession — périphrase qui signifie que les individus visés doivent être inscrits sur le Tableau de l'Ordre du département où ils opèrent. On met fin, par là, à l'industrie des négriers qui achètent, ou ouvrent, un cabinet dentaire, en fournissant les capitaux nécessaires, et le font tenir par un diplômé appointé ; à l'industrie, aussi, des mécaniciens dentistes qui, de la coulisse où ils confectionnent leurs appareils — et d'où ils sortent parfois pour les faire essayer sous le

prétendu contrôle du diplômé — dirigent l'activité d'un diplômé à leur solde.

Mais, semble-t-il, on met fin aussi aux sociétés constituées entre dentistes diplômés, inscrits au Tableau, pour l'exercice de leur art. Quand il s'agit de sociétés de personnes, sociétés civiles, on peut peut-être soutenir qu'elles se confondent avec leurs membres, bien qu'elles aient une personnalité juridique distincte ; s'il s'agit d'une société à responsabilité limitée, société de capitaux, société commerciale, cette thèse devient insoutenable, et la société me paraît devoir être annulée, pour avoir un objet illicite. (V. dans ce sens, Conseil d'Etat, 9 novembre 1942. Aff. Société dentaire).

***

Et ceci nous amène, pour terminer, à parler des lois abrogées par la loi nouvelle.

Les lois du 7 octobre 1940, 26 novembre et 31 décembre 1941 disparaissent : ce sont, on s'en souvient, les lois qui avaient créé l'Ordre des médecins, et avaient léché cet ours. Disparaît de même la loi du 17 novembre 1941, qui avait introduit les chirurgiens dentistes dans une annexe de l'Ordre des médecins ; toutefois, les alinéas 2 et 3 de l'art. 22 et l'art. 23 de cette loi demeurent en vigueur jusqu'à la cessation des hostilités, date à laquelle ils seront soit prorogés, soit remplacés, très probablement ; il serait dommage notamment, que le second ne fût pas maintenu à titre permanent. On se rappelle ces textes ; les deux alinéas conservés de l'art. 22 permettent aux héritiers directs d'un praticien (veuve, enfants, ascendants) de tenir ouvert son cabinet pendant une année, avec l'autorisation du Directeur régional de la Santé, sur l'avis du Conseil du Collège départemental des dentistes, à la condition de s'être assuré le concours personnel soit d'un diplômé opérant lui-même, soit d'un étudiant en chirurgie dentaire majeur, à sa dernière année de scolarité, opérant sous le contrôle et la responsabilité d'un diplômé.

L'art. 23 interdit, on s'en souvient, aux praticiens de l'art dentaire toute publicité commerciale, y compris les panneaux aux fenêtres et les lettres d'or au balcon, pour n'autoriser que les mentions sommaires dans la presse, et les plaques, de 50 cent. de côté au plus, à la porte.

Un seul texte ancien fait partie de la charrette : c'est l'article 10 de la loi du 30 novembre 1892, qui prescrit aux Préfets d'établir, tenir à jour et afficher avec le concours de l'autorité judiciaire, la liste des médecins et chirurgiens dentistes et sages-femmes exerçant dans leur département, et au ministre de l'Intérieur de tenir à jour un répertoire du personnel médical de la France et des Colonies. Ce tableau, en effet, est dressé par le Conseil régional.

L'ancien art. 10 ne subsiste plus que pour les sages-femmes et pour le répertoire du ministère de l'Intérieur.

***

Ceci dit, il faut conclure.

Ce que vaut le nouveau régime au point de vue professionnel, d'autres que moi l'ont dit, et tellement mieux !

Au point de vue juridique, il est plus complet, mieux ordonné que son prédécesseur, les lacunes qu'il contient, les règlements d'administration publique qu'il annonce les combleront sans doute.

Mais il a le même défaut. Il crée un Ordre ; du moins il légifère pour un Ordre, alors qu'il faudrait créer une Corporation...



AU COMITÉ NATIONAL DE L'ENFANCE

VERS LA GÉNÉRALISATION DE L'INSPECTION MÉDICALE DES ÉCOLES

Sous la présidence du Professeur NOBÉCOURT et avec l'assistance de MM. AUBLANT et CODVELLE représentant le Secrétariat à la Santé, de M. JOLLY, directeur de l'Enseignement primaire, de MM. LEREBOULLET et LESNÉ de l'Académie de médecine et des Secrétaires généraux du Comité national de l'Enfance, MM. Julien HUBER et ROUÈCHE, s'est tenue, le 5 novembre dernier, une fort intéressante journée d'études consacrée aux problèmes de l'Inspection médicale scolaire.

Cette institution, vieille de près d'un demi-siècle, attend toujours aujourd'hui sa réglementation légale, dont les premiers essais remontent à Lakanal en 1793. Ce n'est point pourtant faute de projets ; mais il est cette fois-ci fortement question d'aboutir.

On sait que le Professeur LERICHE, à la demande du Chef de l'Etat, a mis sur pied un projet très vaste de contrôle médical de la jeunesse publié par un récent *Bulletin de l'Ordre*. Ce texte fort critiqué semble avoir maintenant de sérieux concurrents.

Le Docteur COLLET nous exposa les conceptions en la matière de l'*Education nationale* et du Commissariat aux sports. Ses vues furent complétées et recoupées par celles du Docteur CAYLA, président de l'*Association des médecins inspecteurs de la Seine*, parlant au nom du bureau de cette Association. Voici schématiquement quelle serait l'organisation médicale scolaire :

Les buts de l'Inspection apparaissent principalement comme étant le contrôle de la nutrition générale et de la croissance, l'adaptation aux possibilités de chacun de l'éducation physique (classement des enfants en groupes homogènes) avec contrôle des bienfaits ou méfaits, le dépistage des tares physiques qui échappent aux familles, la prophylaxie de la tuberculose (pratique des réactions tuberculiniques avec contrôle radioscopique ou mieux radiographique en cas de cuti positive), la recherche des anomalies psychologiques, la pratique des vaccinations, la surveillance des cantines, l'établissement des fiches médicales scolaires, l'observation scientifique et la statistique.

Le modèle des fameuses *fiches* qui ont déjà fait couler beaucoup d'entre a été fortement simplifié. Outre la fiche proprement médicale est prévue une fiche de progrès physiologique remplie par l'éducateur physique. Les fiches sont tenues et gardées par l'assistante sociale, auxiliaire indispensable du médecin, dont le rôle dépasse et de beaucoup par ailleurs, le simple rôle de secrétaire.

Le vœu général (à quelques opposants près qui invoquent des motifs d'économie au reste mal prouvés) est que l'inspection médicale scolaire soit confiée à *des praticiens*, au courant de la médecine infantile, et continuant l'exercice en clientèle. Il est nécessaire en effet que l'inspecteur possède essentiellement l'esprit d'indépendance et de responsabilité et la connaissance psychologique du malade que donne seule la pratique de la profession. Il est non moins important qu'il évite la routine endormeuse et la quiétude du fonctionnaire. Nommé par le Préfet ou par concours, le médecin inspecteur serait choisi sur titre, et sur proposition de l'Inspection départementale, du Conseil de l'Ordre et du Commissariat général à l'Education générale et aux Sports. La difficulté serait, nous dit-on, de trouver les praticiens disposés à remplir cette fonction, beaucoup

étant surchargés de besogne et manquant de moyens de transport. Voici encore un remède à la pléthore, et en tous cas, la création de nouveaux débouchés.

Pour que l'isnpection soit de qualité, il faut abandonner les examens en grande série. Le nombre d'enfants dépendant d'un même médecin ne devrait pas dépasser 600. Deux examens complets seraient pratiqués, l'un le premier trimestre, le deuxième au début du troisième trimestre, à une cadence maxima de six à dix enfants à l'heure.

La *rémunération* prévue serait de 20 francs par enfant dans les villes de plus de 150.000 habitants, 15 francs dans les autres communes (la part de la commune étant de 10 francs), ce dans l'enseignement primaire. Le secondaire prévoit une somme de 45 francs par enfant, à la charge des familles.

Au médecin est adjointe une assistante sociale, secrétaire, mais surtout enquêteuse, en liaison avec les familles et veillant à l'exécution des décisions prises.

Une telle organisation fonctionne dans la région parisienne à la satisfaction générale. Mais les conditions de la médecine rurale (écoles dispersées, difficultés de transports, équipement rudimentaire) exigent une solution plus souple. Une expérience a été faite dans l'Oise, avec le concours du Conseil de l'Ordre local et de la Croix-Rouge et le Docteur LESTOCQUOY nous en expose les résultats. Il faut, dit-il, demander au praticien un triage rapide et un classement par catégorie, le maintien de l'hygiène générale, la prévention des maladies contagieuses, le dépistage des troubles mentaux. Il devrait être secondé par une équipe mobile de spécialistes et consultants (voiture radiologique, contrôle de l'hygiène mentale, prophylaxie de la tuberculose). Le rôle de l'assistante sociale pourrait être tenu par les assistantes polyvalentes du service familial. L'organisation administrative serait opportunément confiée à un Comité départemental comprenant l'inspecteur d'Académie, l'inspecteur de la Santé, un représentant du Corps médical et des Groupements familiaux.

Il est bien entendu que le rôle du médecin inspecteur serait *essentiellement préventif* et de dépistage. Il ne s'agit point d'instaurer des traitements, mais d'alerter les familles afin qu'elles consultent à temps leur médecin. Ainsi sont apaisées les craintes qu'avait soulevées dans les milieux familiaux le projet présenté par le Conseil supérieur de l'Ordre. Ce dernier proposait en effet, que soit demandé par avance aux familles de se soumettre aux décisions du médecin-inspecteur. Une telle abdication par les familles de leur mission d'éducatrices ne saurait être admise. Au reste cette obligation sans sanctions serait totalement inefficace. Il s'agit pour le médecin-inspecteur de suggérer, de convaincre (et l'assistante sociale joue, en ce domaine, un rôle de premier plan), mais la décision reste à la famille, sauf en cas d'abandon d'enfant caractérisé.

Les mouvements familiaux, qui donnent en principe leur accord aux projets COLLET et CAYLA, seraient cependant désireux que les familles conservassent le choix du médecin examinateur même en matière préventive. Ce serait là une thèse incompatible avec le caractère impératif de la médecine collective et avec la discipline intérieure nécessaire de tout établissement scolaire. Quelques exemples récents en matière de dispense d'éducation physique prouveraient au reste les inconvénients d'une telle méthode.

Des craintes avaient été également exprimées, quant à la conservation des fiches à l'abri des indiscrétions (et notamment des demandes de communication faites par la Statistique générale). Il est affirmé une fois de plus que seuls le médecin et l'assistante sociale peuvent en prendre connaissance.

En conclusion, il ne s'agit point de se substituer à la famille et de lui faire perdre le sentiment de ses responsabilités, mais d'exercer tout d'abord une surveillance d'appoint, de suppléer à ses défaillances et en second lieu de défendre collectivement et préventivement la race et l'enfance.

Des chiffres démontrent amplement, si besoin est, la nécessité et l'urgence d'une telle action. La sous-alimentation actuelle a comme conséquence des déficits pondéraux très graves principalement chez les enfants de 14 à 18 ans (80 à 100 % dans l'Oise sont au-dessous du chiffre normal). La pratique non contrôlée de l'éducation physique pourrait, ceci étant, amener des désastres. Rapportons à cet égard les observations concordantes du Docteur COLLET et du Docteur LESTOCQUOY sur les bienfaits d'une culture physique de plein air médicalement contrôlée même en période de sous-alimentation. La tuberculose n'est pas le fléau le plus important ; ce sont plutôt les troubles psychiques (défaut d'attention, retardés pédagogiques, les voleurs, etc...).

Les Directeurs d'école ou de lycées présents aux débats insistent eux aussi sur l'urgence de l'inspection médicale. L'intervention passionnée du Professeur JOUANNON, dont le grand remède est pour l'heure présente le *sommeil* (seule denrée non rationnée) entraînerait les plus hésitantes convictions.

Le texte légal tant attendu va-t-il bientôt paraître ? Le projet rédigé par l'Education nationale vient d'être ajourné à la demande du Secrétariat d'Etat à la Santé. Le Docteur AUBLANT nous en expose les raisons : le contrôle médical des activités physiques et sportives qui relève logiquement du Commissariat général à l'Education générale et aux Sports, n'est pas identique à l'inspection médicale scolaire plus vaste que le contrôle, qui l'englobe même. Cette inspection est du ressort de la Santé, aux termes même de la loi récente sur la prééminence de ce ministère en ces domaines. Un texte est rédigé actuellement qui discriminera de manière précise entre le domaine de l'Education nationale (Contrôle sportif) et celui de la Santé. Le plus souvent les deux rôles incomberont au même médecin. Ce texte qui va paraître incessamment généralisera en le rendant obligatoire le contrôle médical de la jeunesse qui paraît s'imposer.

En fait d'ailleurs de nombreux départements ont suivi l'exemple de Paris (Isère, Calvados, Oise, Lille Roubaix, Tourcoing, etc...). Un million d'enfants soit le 1/5e des enfants de France ont été inspectés en 1942. Pour 1943, on prévoit l'extension à 63 départements portant au total sur 3.500.000 enfants. Il est donc nécessaire que le Corps médical étudie et apporte sa pleine collaboration à la grande œuvre projetée. En outre, il serait opportun que la réforme de l'Enseignement en cours fasse une large place à la médecine sociale en général et scolaire en particulier, afin que les nouvelles générations de praticiens soient mieux informées de ces problèmes (1) et participent plus efficacement encore au développement physiologique, intellectuel et moral de l'enfance.

J. M.

---

(1) Comme l'a fait justement observer le Docteur ROUÈCHE au cours de la réunion, il est en effet anormal qu'actuellement les infirmières ou assistantes sociales soient, en général, mieux instruites du fonctionnement des organismes médico-sociaux que les médecins eux-mêmes, souvent chargés de les diriger.

ORDRE DES MÉDECINS *(Suite)*

II. — L'Association générale des médecins de France fait connaître au Conseil de l'Ordre de la Seine qu'elle est chargée à nouveau, comme avant la guerre, de distribuer pour l'année 1942 des bourses familiales, grâce à la généreuse initiative du Docteur Roussel.

Dix bourses de dix mille francs sont mises à la disposition de l'Association générale en faveur *des médecins ayant au moins cinq enfants* et des *veuves en ayant trois à leur charge* et dont la situation est particulièrement digne d'intérêt.

Le Docteur Roussel y ajoute, pour cette année, *cinq bourses de la même valeur,* destinées plus particulièrement *aux femmes de médecins prisonniers* que l'absence prolongée du soutien de famille met dans une situation pénible.

Les demandes doivent être adressées au Siège de l'Association générale des médecins de France, 60, boulevard de La Tour-Maubourg Paris (VIIe) *pour le 1er décembre au plus tard,* avec l'exposé détaillé de la situation familiale et autant que possible de la situation matérielle.

Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la région sanitaire de Paris

Circulaire du 6 *novembre* 1942 (Extrait)

RELÈVEMENT DES HONORAIRES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous vous indiquions dans notre précédente Circulaire que la Commission chargée d'étudier le relèvement possible des honoraires en matière d'accidents du travail avait, sur la suggestion du Docteur Sorin, proposé aux représentants des assureurs, d'accepter une augmentation forfaitaire de 50 % sur les bases actuelles et de porter l'indemnité kilométrique à 4 francs par kilomètre parcouru. Nous pouvons dire aujourd'hui que les Compagnies d'assurances ont accepté officieusement le relèvement proposé pour les actes médicaux. Par contre, l'indemnité kilométrique serait portée seulement à 3 francs par kilomètre parcouru. Cette augmentation serait officielle au 15 novembre prochain, mais pourrait prendre effet à la date du 1er octobre dernier.

Nous croyons donc bien faire, en recommandant aux praticiens de ne pas envoyer leurs relevés d'honoraires aux Compagnies d'assurances, pour les blessés qu'ils ont eu à soigner depuis le 1er octobre 1942 et d'attendre pour le faire la fin du mois de novembre.

A TRAVERS L'OFFICIEL

A. M. G.

Par arrêtés en date des 12 août et 1er octobre 1942, les villes de Tours, Chinon, Saint-Denis, Epinal et les Sables-d'Olonne ont été autorisées à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'assistance médicale gratuite qui leur avait été précédemment accordée.

(*J. O.*, 22 octobre 1942).





ÉCHOS & COMMENTAIRES

Les élections aux Conseils de l'Ordre. — L'A. P. M. remplacera-t-elle le P. C. B. ? — Les médecins doivent pouvoir s'éclairer la nuit. — Les soins aux assurés sociaux constituent un service public.

Nous croyons savoir que le règlement d'administration publique réglant les conditions de recrutement des membres des Conseils de l'Ordre va prochainement voir le jour. Il vient en effet d'être soumis à l'examen favorable du Conseil d'Etat. Voici quelles seraient, à notre connaissance, les dispositions essentielles de ce texte en préparation :

1° En *ce qui concerne les élections aux Conseils des Collèges départementaux.* Cette élection serait effectuée sur scrutin de liste, chaque électeur votant pour autant de candidats qu'il y a de membres à élire. Le Président du Conseil du collège départemental adresse aux médecins du département quinze jours avant la date prévue pour les élections, deux enveloppes. Dans la première, le médecin placera, à l'exclusion de toute autre indication, la liste de candidats pour lesquels il a décidé de voter. Sur la seconde, dans laquelle sera incluse la première, il indiquera l'adresse du Conseil départemental de l'Ordre ainsi que l'indication de ses noms et adresse, puis l'enverra en recommandé au siège du Conseil départemental.

Rien de particulier à signaler en ce qui concerne le dépouillement du scrutin.

Les bulletins de vote sont valables bien qu'ils comportent plus ou moins de noms qu'il y a de membres à désigner y compris les suppléants. Sont déclarés élus les candidats qui ont réuni le plus grand nombre de voix.

Aucune majorité absolue ne semble être exigée. La question soulevée par Me Bernard Auger dans l'étude que nous publions par ailleurs, semble donc résolue.

A noter également que le scrutin dit « de liste » n'est pas un véritable scrutin de liste, au sens qu'on lui donnait lors des élections politiques d'autrefois.

On sait qu'à titre transitoire, ne pourront être élus aux conseils des collèges départementaux, que les praticiens figurant sur des listes établies par le secrétaire d'Etat à la Santé. Ces listes seront adressées au Conseil supérieur de l'Ordre, trois semaines au moins avant la date fixée pour les élections et parviendront aux praticiens quinze jours au moins avant la date des élections par le canal du Directeur régional de la santé.

2° En *ce qui concerne l'élection au Conseil national,* les membres des conseils des collèges départementaux adressent au Conseil national de l'Ordre sous double enveloppe, comme indiqué ci-dessus, deux noms de médecins pour lesquels ils ont décidé de voter en qualité de représentants de leur région ou de suppléants.

L'Académie de médecine désigne à la majorité des suffrages exprimés celui de ses membres qui est appelé à siéger au Conseil national.

Les membres du Conseil national, élus par cooptation, le sont au scrutin de liste par les autres membres du Conseil. Sont déclarés élus ceux qui réunissent le plus grand nombre de suffrages.

3° *Désignation des membres des Conseils régionaux.* Tous les six ans, chacun des membres des Conseils des collèges départementaux adresse au Conseil

national de l'Ordre, la liste des candidats qu'il propose comme membres des Conseils régionaux. Chaque liste doit comporter vingt-sept noms, c'est-à-dire trois fois plus de noms que de places à pourvoir.

Dans cette liste doivent figurer les noms de médecins exerçant dans chacun des départements de la région.

Les listes de présentation au ministre sont établies pour chaque région par le Conseil national de l'Ordre ; y figurent les vingt-sept médecins qui ont recueilli le plus grand nombre de suffrages.

Toutefois, si certains départements de la région ne se trouvent pas représentés sur la liste ainsi composée par deux médecins au moins, ceux des médecins de ces départements qui ont réuni le plus grand nombre de suffrages sont ajoutés à la liste.

***

La Commission de réforme des études médicales nommée récemment par le Ministre de la Santé publique, aurait, croyons-nous, cloturé la première partie de ses travaux, en remettant au ministre un rapport traitant :

1° Des mesures destinées à permettre d'effectuer parmi les candidats aux études médicales une sélection au départ.

2° De la réforme de l'année préparatoire aux études médicales.

3° Des modifications à apporter au statut des Maîtres de l'enseignement médical et de la recherche scientifique.

Les conclusions de la Commission en ce qui concerne la sélection au départ semblent avoir été accueillies, au moins partiellement, puisqu'une loi en date du 19 octobre dernier a institué dans les Facultés de médecine un *numerus clausus*.

Pour la réforme de l'année préparatoire aux études médicales (A. P. M.), la Commission aura-t-elle le même succès ?

Quoi qu'il en soit, voici quelles seraient les grandes lignes du projet remis au ministre :

L'enseignement de l'année préparatoire médicale devrait être donné à l'avenir dans les Facultés de médecine et adapté plus spécialement à la future profession médicale des étudiants.

Il consisterait essentiellement en une année de biologie générale, ayant l'homme comme aboutissement. La place faite à la physique et là la chimie dans l'enseignement actuel serait diminuée, les leçons devant porter seulement sur les propriétés de la matière dont la connaissance est indispensable à l'intelligence des phénomènes vitaux.

Des travaux pratiques seraient organisés qui comprendraient une centaine de séances réparties entre la physique, la chimie et l'histoire naturelle d'une part, la biologie et l'histologie d'autre part ; cette seconde partie devant être plus importante que l'autre.

Les cours théoriques comprendraient environ 225 leçons, les deux tiers étant consacrés à la biologie générale et aux notions indispensables de physique et de chimie, le tiers à la biologie de l'homme avec ses applications à la médecine.

Le personnel enseignant serait constitué par des professeurs des Facultés de médecine et des Facultés des sciences, avec coordination assurée par un professeur de la Faculté de médecine qui aurait la responsabilité de cette tâche.

L'examen de fin d'année servirait d'épreuve éliminatoire.

Dans la note totale de classement, entreraient :

1° Pour moitié les notes d'interrogations et de travail de l'année ;

2° Pour l'autre moitié, les notes d'une composition écrite de biologie et d'une épreuve pratique sur un sujet tiré au sort.

Les candidats éliminés ne pourraient se représenter qu'une seule fois, et après une nouvelle année d'études.

***

De différents côtés on nous signale que la vente des piles électriques pour lampes de poches serait interdite aux civils. Nous n'avons pu encore vérifier si cette information est exacte ou s'il ne s'agit pas là d'une simple excuse donnée par des commerçants soucieux de conserver leur stock.

Toutefois, si cette interdiction résultait effectivement d'un texte officiel, ne serait-il pas possible de prévoir une exception en faveur des médecins et de réserver notamment le droit de se fournir en piles électriques aux titulaires du laissez-passer de nuit ?

***

On se rappelle sans doute qu'en vertu d'un décret-loi du 9 juin 1934 les médecins appelés à donner des soins ou dont les services sont utilisés à un titre quelconque par deux ou plusieurs administrations publiques doivent cesser d'office d'exercer leurs fonctions dans toutes ces administrations s'ils sont l'objet d'une suspension ou d'une exclusion par l'une d'entre elles pour un motif d'ordre disciplinaire.

La question s'est posée de savoir si ce décret pouvait être appliqué aux soins donnés aux assurés sociaux, alors que le médecin est librement choisi par l'assuré, qu'il n'est pas au service de la Caisse, laquelle ne constitue en droit qu'un organisme privé. *A priori* la négative paraissait devoir s'imposer ; un doute subsistait toutefois, le texte ayant visé notamment dans son préambule la loi sur les Assurances sociales (ainsi d'ailleurs que la loi sur les accidents du travail).

La Cour suprême a eu récemment à se prononcer sur ce point à l'occasion du cas suivant : un médecin fit l'objet d'une suspension temporaire du droit de soigner les pensionnés de guerre à la suite d'une faute vénielle. Une Caisse de la région, informée officiellement de cette décision, fit connaître par voix d'affiche que ledit médecin était privé du droit de donner des soins aux assurés sociaux. Une action en dommages-intérêts contre la Caisse fut alors entreprise, dont eurent successivement à connaître le Tribunal civil et la Cour de Rouen. Cette dernière le 13 décembre 1938 concluait au rejet de la demande et donnait par suite raison à la Caisse.

Saisie à son tour du litige la Cour de Cassation par un arrêt en date du 6 juillet 1942 rejetait le pourvoi pour les motifs suivants : *tout d'abord le décret-loi a manifesté par son préambule sa volonté de viser les Assurances sociales. En second lieu, si les Caisses sont des organismes privés, elles sont néanmoins chargées de l'exécution d'un service public sous la direction et le contrôle du service central et des services régionaux de l'administration publique des Assurances sociales. Enfin les médecins traitants, s'ils sont librement choisis par les assurés, ne peuvent les soigner qu'en se soumettant à des prescriptions légales et réglementaires qui en font les collaborateurs tout à la fois des Caisses et de l'Administration.*

Donc toute suspension disciplinaire en matière de médecine administrative ou sociale s'étend automatiquement à l'ensemble de ce domaine (A. M. G. art. 64, A. S., médecine préventive officielle, etc...)

Mais, est-il besoin de le dire, le principe posé par cet arrêt dépasse et de beaucoup, la simple question de la portée exacte du décret du 9 juin 1934. En



dépit de la Charte médicale, incluse dans les lois de médecine sociale, cette dernière cesse d'avoir un caractère purement libéral. En y participant le praticien assure un service public dans le cadre d'une réglementation et d'une administration également publiques. L'évolution sociale actuelle se manifeste jusque dans la jurisprudence. Il n'était pas inutile de le marquer.

CORRESPONDANCE

4102. — Hospitalisation d'un accidenté du travail agricole

Un ouvrier de ferme reçoit un coup de pied de vache, dans la partie inférieure et gauche de l'abdomen ; il est amené le lendemain à l'hôpital avec des signes importants de lésion viscérale. L'opération d'urgence montre une large perforation d'une anse grêle. Le blessé quitte l'hôpital le 15e jour. J'envoie ma note à l'Assurance, soit : 800 francs pour l'intervention (art. 22 H) plus 84 francs pour 14 jours d'hospitalisation à 6 francs. Total : 884 francs.

L'assurance me répond qu'il y a erreur et qu'il s'agit d'un blessé agricole auquel la loi du 1er juillet 1938 n'est pas encore applicable, mais seulement celle du 15 décembre 1922, c'est-à-dire du fameux « tout compris ».

Il me paraît bien vraisemblable qu'elle doit avoir raison, connaissant mieux que moi les choses, mais je serais heureux d'en avoir la confirmation de vous qui les connaissez encore mieux et sous un autre angle.

Dr B.

Réponse

Suivant l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail, en cas d'hospitalisation, le chef d'entreprise est seul tenu des frais d'hospitalisation qui, tout compris, ne peuvent excéder le prix de journée de l'hôpital pour l'A. M. G. majoré de 30 %.

La loi du 1er juillet 1938 qui a modifié la législation sur les accidents du travail a étendu les obligations du patron responsable en cas d'hospitalisation du blessé, au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes des hôpitaux et des honoraires médicaux et chirurgicaux calculés conformément au tarif.

Mais la loi du 1er juillet 1938 ne sera applicable à l'agriculture qu'après que des modifications concordantes auront été apportées aux lois du 15 décembre 1922 et du 30 avril 1926.

Comme ces modifications n'ont pas encore vu le jour, la loi du 1er juillet 1938 n'est donc pas encore applicable à l'agriculture qui reste soumise au régime de la loi du 9 avril 1898.

Il s'ensuit que pour les ouvriers agricoles hospitalisés le patron n'est tenu, comme par le passé, qu'au prix de journée de l'hôpital pour l'assistance médicale gratuite majoré de 30 %, à l'exclusion de tous honoraires pour le médecin ou le chirurgien.

3.984. — Exercice de la médecine : 1° par un étudiant ; 2° par une sage-femme

Je vous serai obligé de me donner votre avis sur les deux questions suivantes :

1° Un étudiant en médecine, titulaire de 20 inscriptions sollicite du Conseil départemental une

licence de remplacement pour *assister* son voisin et ami le Docteur M. qui le lui a demandé.

Il spécifie bien qu'il n'a nullement l'intention de remplacer ce confrère, mais bien de travailler avec lui en clientèle sous sa surveillance et sous le couvert de sa signature.

Je me souviens d'une consultation du *Concours* concernant l'assistance des médecins par les étudiants en médecine établissant l'illégalité de ce procédé de louage de service. Malheureusement, je n'ai plus les textes auxquels je dois me référer pour établir cette illégalité, aussi je m'adresse à vous pour me les fournir.

2° Une sage-femme a-t-elle le droit, sous le couvert d'un médecin (dans ce cas, elle intervient comme aide) de donner des soins dans un avortement ?

A-t-elle le droit de prescrire des médicaments au cours de cet avortement ?

Dr E.

Réponse

1° *L'exercice de la médecine par les étudiants est réglé par l'art.* 16, *parag.* 5 *de la loi du* 30 *novembre* 1892. *Selon ses termes, les dispositions du parag.* 1er *desdits articles (dispositions relatives à l'exercice illégal de la médecine) ne peuvent s'appliquer aux élèves en médecine qui agissent comme aides d'un docteur ou que celui-ci place auprès de ses malades, ni aux garde-malades, ni aux personnes qui, sans prendre le titre de chirurgien dentiste, peuvent faire accidentellement l'extraction des dents.*

Le sens de l'art. 16, *parag.* 5 *de la loi du* 30 *novembre* 1892 *a été précisé par un jugement du Tribunal correctionnel de Reims en date du* 13 *avril* 1935 *confirmé par un arrêt de la Cour de Paris du* 18 *juin* 1936. *Ces deux décisions ont considéré comme constituant le délit d'exercice illégal de la médecine le fait pour des étudiants en médecine, même munis du nombre d'inscriptions nécessaires pour effectuer un remplacement, de prendre part habituellement au traitement des maladies sur les instructions d'un docteur en médecine qui les envoie en visite chez ses malades, c'est-à-dire de poser les diagnostics et de formuler des traitements sans que le médecin responsable les ait visités. Une telle méthode ne peut être considérée en effet comme entrant dans les prévisions de l'art.* 16, *parag.* 5 *précité.*

Un étudiant peut donc assister un docteur en médecine en se cantonnant dans un rôle secondaire d'auxiliaire médical et en agissant constamment sous la surveillance et la direction effective du diplômé. Dans cette mesure et dans cette mesure seule, le projet que vous nous soumettez peut être considéré comme légal.

2° *Aux termes de l'art.* 16, *paragraphe* 1er, 3°, *de la loi du* 30 *novembre* 1892 *sur l'exercice de la médecine les sages-femmes qui sortent des conditions fixées pour l'exercice de cette profession par l'art.* 4 *de la présente loi, exercent illégalement la médecine.*

Selon l'art. 4 *sus-visé, il est interdit aux sages-femmes d'employer des instruments; dans les cas d'accouchements laborieux, elles feront appeler un docteur en médecine. Il leur est également interdit de prescrire des médicaments, sauf le cas prévu par le décret du* 23 *janvier* 1873 *et par les décrets qui pourraient être rendus dans les mêmes conditions après avis de l'Académie de médecine.*

Leur seul domaine reste donc les accouchements normaux sans complications. Mais, pratiquement, le droit de donner des soins pour les accidents légers qui précèdent, accompagnent ou suivent ordinairement les accouchements, ne leur a jamais été contesté et la doctrine médicale reconnaît aux sages-femmes le droit de donner des soins en cas d'avortement sans complications (voir à ce sujet, Docteurs BALARD, H. PERREAU, « Concours médical », 1935, *page* 249 *et suivantes). Sur ce point, il s'agit en définitive d'une question de*

fait qu'il appartiendrait aux experts et aux tribunaux de trancher.

Quant au droit de prescription, il a été complété depuis le décret du 28 *juin* 1873 *par le décret du* 15 *avril* 1909, *le décret du* 14 *septembre* 1916, *art.* 28 *et l'arrêté ministériel* du 22 mai 1917 *art.* 2, 5 *et* 7.

1111. — Automobilisme. Accumulateurs cadmium-nickel

J'ai recours à votre obligeance en vous demandant votre avis éclairé sur une question d'accumulateur.

Pour suppléer ma voiture, j'ai dû acheter d'occasion, une moto équipée d'une batterie ferro-nickel. Cette moto est restée pendant la guerre sans être utilisée ; or, depuis qu'elle est à mon service, si elle prend bien la charge elle me paraît ne pas la tenir. J'avais toujours appris qu'une batterie ferro-nickel ne se détériorait pas une fois déchargée. Comment peut-on vérifier son état ? Des charges successives, et à quel ampérage, sont-elles susceptibles de la remettre en état, ou faut-il lui faire subir un traitement autre ?

Cette question pouvant intéresser d'autres confrères lecteurs du *Concours*, veuillez me répondre dans ce journal.

Dr D.

Réponse

Les accumulateurs de votre moto sont certainement des accumulateurs au cadmium nickel, les seuls accumulateurs alcalins construits en France.

Le fait qu'ils ne tiennent pas la charge peut provenir de deux causes : 1° *si l'électrolyte n'a pas été renouvelé depuis trop longtemps, il est probable que la potasse caustique qu'il contient a du se transformer peu à peu en carbonate de potassium sous l'influence de l'acide carbonique de l'air. Vous vous en apercevrez en prenant sa densité qui, si l'électrolyte est bon doit être d'au moins* 18°*B (que l'accu soit chargé ou non) ; la densité de l'électrolyte d'un accumulateur alcalin reste en effet constante quel que soit son état de charge.*

S'il en est ainsi, l'électrolyte doit être changé. Adressez-vous pour cela à la S. A. F. T., Pont de la Folie, à Romainville, en indiquant le type de votre batterie. Cette Société vous fera parvenir l'électrolyte de remplacement, ainsi que les indications nécessaires pour son utilisation.

2° *Il est d'autre part possible que, toujours après un très long repos, même si l'électrolyte est bon, la batterie ait besoin d'être régénérée. Dans ce cas, voici la marche à suivre. Décharger complètement la batterie jusqu'au court-circuit ; ensuite la charger à un régime correspondant au cinquième de sa capacité et cela, pendant sept heures. Renouvelez une décharge complète et assez rapide (régime de décharge,* 1/5 *de la capacité). Refaire une charge dans les mêmes conditions : la batterie doit retrouver alors ses qualités d'origine.*

Bien entendu, il y a lieu, comme avec les batteries ordinaires, de vérifier le niveau de l'électrolyte. La seule précaution à prendre pendant la charge est de ne jamais dépasser la température de 40°*B dans les bacs. Si cette température était atteinte, il faudrait réduire le courant de charge.*

H. Petit.

Gérant : J. Mignon — N° d'autorisation : **77** et **Pa 692** **Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)**

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — Nos 47 et 48 — MARDI 1er DECEMBRE 1942

379 à 381

LE CONCOURS MÉDICAL

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e) - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Académie des sciences.** *Election.* — M. Léon Binet, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Paris, est élu membre de l'Académie des Sciences, en remplacement de M. d'Arsonval.

— **Académie de médecine.** *Elections.* — MM. Perrin (de Nancy) et Petges (de Bordeaux) sont élus correspondants nationaux dans la 1re division (*médecine*).

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique des maladies cutanées et syphilitiques* (Hôpital Saint-Louis). — M. le Professeur Gougerot fait ses leçons le mercredi à 10 heures (leçon clinique) et le vendredi à 10 heures (présentation de malades).

— **Faculté de médecine de Nancy.** — M. Florentin, agrégé, est nommé professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Watrin, transféré dans une autre chaire. M. Abel, agrégé, est nommé professeur de thérapeutique, en remplacement de M. Drouet, transféré dans une autre chaire.

— **Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.** — M. Merle, professeur de clinique médicale, est nommé directeur, pour trois ans, en remplacement de M. Castaigne, retraité.

— **Ecole de médecine d'Angers.** — M. M. Naulleau, professeur de pathologie chirurgicale, est chargé provisoirement des fonctions de professeur de clinique chirurgicale.

M. Perreau est chargé des fonctions de professeur suppléant de clinique et pathologie médicales.

M. C.-R. Martin, professeur suppléant d'anatomie, est chargé des fonctions de professeur suppléant d'anatomie et de physiologie.

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'assistant d'obstétrique.* — Sont nommés assistants d'obstétrique des hôpitaux de Paris : MM. Landrieu et Richard.

— *Concours d'assistant d'oto-rhino-laryngologie et concours d'assistant en médecine.* — Ces concours s'ouvriront les 16 et 18 décembre 1942. Inscriptions jusqu'au 2 décembre et jusqu'au 3 décembre 1942.

— **Hôpitaux de Nancy.** *Internat et externat.* — A la suite des concours de 1942, sont nommés : *internes* des hôpitaux de Nancy, MM. Dambrine, Bello, Mlle Hadot, MM. Lochard, Simonin, Faivre et Cayotte ; *externes en premier*, Mlle Troublaievitch, MM. Henry et Daeschler ; *externes*, MM. Arnould, Lesure, Senot, Mlle Fleurent, M. Beurey, Mlle Pereau, M. Seyot, Mlle Servais, M. Sadoul, Mlle Renaux.

— **Hôpitaux de Marseille.** — A la suite du concours qui a eu lieu en juillet 1942, M. Jean Bonnet a été nommé dermatologiste des hôpitaux de Marseille.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine.......	**120 francs**
Étudiants..................	**80 francs**
Le Numéro........	**5 francs**

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris



— **Hôpitaux de Tunisie.** — Mme Courtières-Berthezène et M. Diacono, après concours tenu devant la Faculté de médecine de Montpellier, ont été nommés médecins des hôpitaux de Tunisie.

— **Examen médical préventif des étudiants.** — Sur la proposition du Professeur Gougerot, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, dans sa séance du 8 octobre 1942, a émis le vœu :

1° De prier instamment les médecins chargés de l'examen médical des étudiants de profiter de cet examen de médecine préventive pour faire une recherche discrète mais systématique de la syphilis et de la gonococcie ;

2° Donc, d'interroger discrètement sur les antécédents d'urétrite et, lors de l'examen des urines qui doit être fait pour des raisons de médecine générale, d'examiner macroscopiquement les urines et, s'il y a la moindre anomalie (filaments, etc...) d'envoyer ces urines au laboratoire afin de rechercher les gonocoques, etc... ;

3° De proposer (et non imposer) une séro-réaction à chaque étudiant examiné ;

4° D'enquêter discrètement sur les possibilités de syphilis acquise ou héréditaire et, s'il y a doute, d'insister pour obtenir la séro-réaction ;

5° Si le laboratoire constate des signes de syphilis ou de gonococcie, l'étudiant sera prévenu confidentiellement par le médecin examinateur (et non pas sa famille comme certains l'avaient compris à tort) ; les moyens de traitement lui seront indiqués.

— **Citation à l'Ordre de la Nation.** — Le Gouvernement cite à l'Ordre de la Nation, M. le Docteur Grange, du Creusot :

Exemple de toutes les vertus familiales, de grande compétence et d'une haute valeur morale, a trouvé une mort glorieuse dans l'accomplissement de son devoir professionnel.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Geneviève Legrand-Cossart, deuxième enfant du Docteur A. Legrand-Cossart (Béthencourt-sur-Mer, Somme, 26 octobre 1942) ; de Martine Delvallet, deuxième enfant du Docteur Jean Delvallet (Guînes-en-Calaisis, Pas-de-Calais, 1er novembre 1942) ; de Clotilde Fougerat, neuvième enfant du Docteur Fougerat (Limoges, 6 octobre 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur Jean-Charles Roux, ancien interne des hôpitaux de Paris ; du Docteur Jean Trotot, médecin-directeur du Sanatorium Annie-Enia, à Cambo-les-Bains ; du Docteur Edmond L. Gros, ancien médecin chef de l'hôpital américain de Paris, décédé à Philadelphie, le 18 octobre 1942.

Le Sou Médical

Nouvelles adhésions

Le Conseil en sa séance du 6 *novembre* 1942 *a prononcé les admissions suivantes* : MM. les Docteurs Amsler Louis, à Angers (Maine-et-Loire) ; B[illegible]rier, à Bégadan (Gironde) ; Bernier Jean, à Arpajon (S.-et-O.) ; Combeau Jean, à Saint-Mars-la-Jaille (L.-I.) ; de Lachaud Roger, à Bordeaux (Gironde) ; Dieudonné Henri), à Beaulieu-sur-Mer (A.-M.) ; Gout Lucien, à Carcassonne (Aude) ; Havet Jean, à Saint-Léger-les-Domart (Somme) ; Lardenois Louis, à Bordeaux (Gironde) ; Lauquin Henri, à Pierre-de-Bresse (S.-et-L.) ; Le Bastard Yves, à Rétiers (Ille-et-Vilaine) ; Le Porz Louis, à Bordeaux (Gironde) ; Margot André, à Valence-sur-

Rhône (Drôme) ; MARTINET François, à Nancy (M.-et-M.) ; MATTRAITS René, à Chatellereault (Vienne) ; MERCIER Edmond, à Bracieux (Loir-et-Cher) ; NONIQUE Pierre, à Paris (XIXe) ; NOUVEAUX Pierre, à Ecos (Eure) ; ORLIAC Ernest, à Bretenoux (Lot) ; PERCEVAULT René, à Chatellerault (Vienne) ; PÉRON Robert, à Chateauvillain (Haute-Marne) ; PONTET Paul, à Toulouse (Haute-Garonne) ; QUATREBŒUFS Henri, à Fontaine-la-Guyon (Eure-et-Loir) ; QUERRIOUX Fernand, à Saint-Ouen (Seine) ; RAUX Louis, à Millau (Aveyron) ; TOURAINE Henri, à Chalons-sur-Marne (Marne) ; TROUILLER Michel, à Saint-Marcellin (Isère) ; VAQUIER Luc-Pierre, à Castels (Dordogne).

ORDRE DES MÉDECINS

Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers

La Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers vient faire appel à votre générosité, pour vous demander de bien vouloir participer à notre Caisse de secours en faveur des familles nécessiteuses des médecins prisonniers.

Dès les premiers mois de l'armistice, des associations, dans la mesure de leurs moyens, sont venues en aide à ces familles. Mais, en raison de la durée de la captivité, le nombre de celles-ci augmente chaque jour.

Afin de faire face à cette situation, en accord avec ces groupements, la Commission de protection centralisera dorénavant tous les dons.

Quel réconfort moral est, pour nos camarades en captivité, la certitude que leur famille est à l'abri du besoin, grâce au geste généreux de leurs confrères. En outre, au seuil de ce troisième hiver de captivité, il faut, dès à présent, songer à protéger contre le froid nos camarades médecins. Leurs familles ont épuisé leurs ressources en vêtements chauds, en lainages ; nous vous demandons instamment de les aider et, pour cela, envoyez-nous des effets de laine, des points de textile, afin qu'ils aient chaud cet hiver.

Nous savons que nous ne nous adressons pas en vain à vous.

Faites parvenir chèque, mandat, ou virement postal, au Docteur Thiébaut (François), 8, avenue Bugeaud, Paris (XVIe), compte chèques postaux n° 3669-32.

Adressez les dons en nature au Docteur Lafay, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (VIIe) qui centralisera ces envois et en assurera le parfait départ.

D'autre part, la Commission de protection des intérêts des médecins prisonniers fait savoir que des colis de denrées alimentaires sont envoyés gratuitement aux médecins prisonniers, dont les familles lui font parvenir l'étiquette indispensable.

(Communiqué).

Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la Région sanitaire de Paris

Compte rendu de la réunion du 25 *octobre* 1942

Circulaire du 6 *novembre* (Extraits)

Au début de cette réunion, le Docteur Larget, président de la Commission régionale, fit part aux membres présents d'un entretien qu'il avait eu récemment avec M. le secrétaire d'Etat à la Santé, entretien au

cours duquel le Docteur Grasset avait promis d'apporter quelques modifications à la loi du 10 septembre 1942, de nature à calmer l'émotion qu'avait pu faire naître chez certains la parution de cette loi modifiant profondément l'institution de l'Ordre des médecins. Ces modifications porteraient notamment sur le maintien des Commissions régionales, le règlement des petits litiges par les Conseils des collèges départementaux et le ministère public devant le Conseil régional. De plus, le Ministre, désireux de s'intéresser aux travaux de la Commission régionale, avait exprimé le vœu d'assister à une prochaine réunion de cette Commission.

Relèvement des honoraires

Ce relèvement réalisé déjà dans la région de Paris, surviendra sous peu en Seine-et-Oise et Seine-et-Marne.

Le relèvement des honoraires des médecins affectés aux divers services de la Préfecture de la Seine est accordé pour les médecins des circonscriptions du service médical de la Préfecture (visite à domicile à Paris : 16 francs ; hors Paris : 25 francs ; indemnité kilométrique pour les visites extra-muros : 3 francs).

La question est à l'étude pour les autres services préfectoraux.

Qualification des médecins électro-radiologistes

Une Commission de qualification des médecins électro-radiologistes de la Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne vient d'être constituée. Elle est composée de :

Docteur Aime, secrétaire général de l'Association nationale professionnelle des médecins électro-radiologistes français.

Docteur Beau, membre du Conseil de l'Ordre de la Seine.

Docteur Belot, médecin électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris.

Docteur Coliez, secrétaire général du Groupement des médecins électro-radiologistes des hôpitaux de Paris.

Docteur Dariaux, secrétaire général de la Société d'électro-radiologie de France.

Docteur Delherm, président de l'Association nationale professionnelle des médecins électro-radiologistes français.

Docteur Hadengue, médecin électro-radiologiste de Versailles.

Docteur Hélie, secrétaire général de la Société d'électrothérapie.

Docteur Ledoux-Lebard, chargé de cours de radiologie à la Faculté de médecine de Paris.

Les électro-radiologistes des trois départements de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne qui désirent être qualifiés doivent faire une demande en joignant autant que possible, l'énumération de leurs titres, à la Commission régionale de l'Ordre des médecins, 28, rue Serpente, qui transmettra à la Commission chargée de statuer sur ces demandes.

Mode de prescription des laits

1° *Lait demi ou totalement écrémé, lait acidifié* : Ces laits doivent être considérés comme des médicaments indispensables et prescrits par ordonnance médicale motivée. Ils sont absolument indispensables aux catégories suivantes de nourrissons :

prématurés ; débiles ; hypotrophiques ; dyspeptiques.

2° En cas d'extrême besoin, on pourrait envisager de réduire l'attribution de lait concentré et de lait sec

en les réservant par priorité absolue aux *nourrissons âgés de moins de six mois.*

Prime de déclaration de grossesse

La Commission des Conventions et Tarifs et le Bureau du Conseil d'administration de l'Union des Caisses ont décidé de proposer aux directeurs des Caisses d'attribuer une prime de 200 francs à chaque future maman effectuant la déclaration de son état de grossesse avant la fin du quatrième mois pour tout accouchement survenant postérieurement au 31 décembre 1942.

Conseil supérieur de l'Ordre

Communiqué relatif aux fournitures de papier aux médecins

Les médecins ont eu connaissance dans le *Bulletin de l'Ordre* d'octobre 1942 des états qu'ils devaient remplir pour obtenir du papier.

Le Conseil supérieur est intervenu pour essayer d'obtenir une simplification. Voici la réponse qu'il reçoit aujourd'hui de la Section du Papier et du Carton de l'Office central de répartition des Produits industriels :

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre lettre du 16 novembre, m'entretenant de la question de ravitaillement en papier des médecins.

Une confusion s'est produite au sujet de la lettre qui vous a été adressée le 12 novembre. Si vous voulez bien vous reporter aux termes de la décision H 21 parue au « Journal officiel » *du 16 septembre 1942, vous y verrez que seuls les Comités, Unions, Syndicats, Groupements et Corporations peuvent recevoir des contingents de papier pour leur usage propre ; les ressortissants aux dites organisations doivent par contre se servir au marché libre.*

En conséquence de ceci, l'Ordre national des médecins ainsi que les organisations régionales en dépendant ont droit à des chèques matière pour leur usage propre. Nous vous avons déjà fait un versement à ce sujet. En ce qui concerne les médecins eux-mêmes, nous ne pouvons en l'état actuel des règlements, vous remettre des allocations à leur intention et ils doivent, comme il est dit plus haut, avoir recours au marché libre.

En ce qui concerne vos besoins pour le 1er trimestre 1943, il serait souhaitable que vous puissiez nous présenter une demande d'ensemble telle qu'elle est prévue à la décision H.21, tant pour l'Ordre National des Médecins que pour les ordres régionaux. Il est en effet préférable que notre Section soit en rapport avec une seule partie prenante pour tous les organismes de la France d'une même corporation.

Veuillez agréer...

Le Chef de Service.

Il y a donc un changement complet. Les médecins en tant qu'individus doivent s'approvisionner au marché libre — et seuls les Conseils départementaux et le Conseil supérieur ont la possibilité de demander des bons matières pour leur usage propre. Le Conseil supérieur s'excuse auprès des médecins de ce changement qui ne relève pas de lui.



Bibliographie

Docteur Lucie ROULE. — **Les médecins du Jardin du Roi aux XVII[e] et XVIII[e] siècles.** Origine médicale du Muséum national d'histoire naturelle. (Thèse de Paris, 1942).

Nul n'était plus capable d'écrire ces pages sur les médecins du Jardin du Roi que la fille du regretté Professeur Roule, du Muséum.

Dans un style alerte, le Docteur Lucie Roule conte l'histoire des médecins du Jardin du Roi en la semant d'anecdotes qui, comme les aventures de Pitou de Tournefort dans son voyage en Orient au XVII[e] siècle, rendent la lecture de sa thèse des plus attrayantes.

Chemin faisant, Mlle Lucie Roule rend la justice qui lui est due, au grand savant et au parfait « honnête homme » que fut Fagon dont M. Bellessort après M. Louis Bertrand, dans une ignorance complète sur ce sujet, a flétri la mémoire. J. N.

REVUE DES INDÉPENDANTS, éditeur, Nice

Henry BRONGNIARD. **Un animateur, Robert Morche, le poète, l'écrivain, l'homme d'action.**

Eloge mérité de notre confrère, président du Syndicat des Journalistes et écrivains, grand bienfaiteur des sourds.

EDITION DU CENTRE D'ENTR'AIDE AUX ÉTUDIANTS MOBILISÉS ET PRISONNIERS.
5, place Saint-Michel, Paris (V[e])

Recueil d'informations universitaires et professionnelles

Préfacé par un message du Secrétaire d'Etat à l'Education nationale, ce recueil contient de nombreux renseignements intéressant les étudiants prisonniers et libérés. Il a été largement diffusé dans les camps d'Allemagne.

Un second tome est dès à présent en préparation.

MASSON et Cie, éditeurs,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Prof. agrégé H. VIGNES. — **Maladies des femmes enceintes.** TOME 5 : **Cœur,** par H. VIGNES et J. DUGAS. TOME 6 : **Maladies des vaisseaux,** par H. VIGNES, avec la collaboration de J. DUGAS, 1942.

Comme les quatre précédents tomes de ce Traité, ces deux nouveaux volumes sont d'une grande clarté et d'une grande érudition. Ils sont absolument complets, donnant des renseignements, non seulement sur les affections les plus fréquentes, mais sur des affections plus rares. C'est le premier Traité français de cardiologie obstétricale dû à la collaboration d'un accoucheur et d'un cardiologue. On lira avec un intérêt plus particulier, les notions nouvelles qu'apportent certains chapitres : pronostic des cardiopathies au cours de la grossesse, sujet toujours angoissant pour le médecin ; nombreux renseignements thérapeutiques sur les médicaments du cœur (très approfondis au point de vue général et au point de vue de leurs effets sur l'utérus) ; les hypertensions et les hypotensions ; les varices ; les phlébites, leur pathogénie et les ressources actuelles de leur thérapeutique.



PARTIE SCIENTIFIQUE

REVUE GÉNÉRALE

COMA DIABÉTIQUE

Etude clinique et thérapeutique

Par M. G. Boudin

Médecin assistant à l'hospice de Bicêtre

Le coma diabétique est la terminaison habituelle d'un diabète non traité. Il survient dans toutes les formes du diabète sucré, aussi bien au cours d'un diabète simple dont il constitue un accident parfois brutal à l'occasion de multiples causes déclanchantes, que dans le diabète avec dénutrition dont il représente l'évolution normale en l'absence de traitement. C'est un coma par acidocétose qui, par sa nature physio-pathologique, s'oppose aux autres comas pouvant survenir chez un diabétique. Sa fréquence a beaucoup diminué depuis la découverte de l'insuline.

***

Les circonstances d'apparition d'un coma diabétique sont intéressantes à étudier.

Il s'observe habituellement chez des *sujets jeunes*, de 30 à 50 ans.

Il est rare qu'il représente la manifestation inaugurale d'un diabète jusque-là ignoré.

Habituellement le diabète est connu ; soit diabète acidosique, et le coma peut survenir à l'occasion de causes multiples : insistons sur les *erreurs de régime* telles qu'une cure de jeûne intempestif, une restriction trop grande des hydrates de carbone, sur un *sevrage insulinique*, etc. ; — *soit diabète simple*, et là encore vont jouer de multiples *causes déclanchantes* : parmi celles-ci, il faut mettre en premier lieu *toutes les infections*, aussi bien des maladies aiguës comme la pneumonie, la typhoïde, l'érysipèle, que des accidents comme la gangrène des membres inférieurs, ou des infections d'apparence plus banale comme un furoncle ou un anthrax. *La tuberculose* sous toutes ses formes, les *traumatismes*, les *interventions chirurgicales*, surtout si elles nécessitent une anesthésie générale (en particulier au chloroforme), la *grossesse* à partir du 6e mois, la *fatigue*, le *surmenage*, une *intoxication* alcoolique aiguë, *tout est prétexte à coma chez un diabétique*, d'où la règle thérapeutique de faire systématiquement de l'insuline dans tout diabète compliqué.

***

L'étude clinique du coma diabétique ne peut se faire sans l'aide d'examens biologiques qui permettent d'en mieux suivre l'évolution.

Son mode d'installation est variable.

Il est parfois assez brutal, le coma s'installant en quelques heures, et l'on se trouve d'emblée aux phases de précoma ou de coma complet.

Il peut être plus progressif et précédé, chez un diabétique que l'on suit, par *une phase de cétose pure*. Cliniquement, le malade ressent une *fatigue anormale* avec perte de son appétit habituel, et fait capital, il *maigrit rapidement*. On constate une *légère odeur chloroformique de l'haleine*. Surtout *les urines* présentent une réaction de Gerhardt fortement positive. La glycémie est élevée, mais *la réserve alcaline est normale*, au-dessus de 55 volumes, il n'y a donc pas d'acidose. Parfois cette réserve alcaline commence à fléchir révélant une acidocétose, qui, sans être déjà du coma, en est seulement l'annonciatrice.

***

Une fois installé, il est classique de décrire au coma diabétique une phase de précoma et une phase de coma complet. Dans ces deux phases, l'acidose s'associe à la cétose et l'on verra biologiquement la réserve alcaline baisser et même le pH du sang fléchir à la longue.

***

Le précoma est la phase la plus intéressante à étudier , car c'est à cette période que l'on obtient les plus beaux succès thérapeutiques.

L'aspect du malade est particulier. Il est inerte, allongé dans son lit dans un état d'hébétude, de torpeur qui confine bientôt à la somnolence. Il vomit sans arrêt, et accuse des douleurs abdominales qui, par leur intensité, peuvent égarer le diagnostic. Il est dyspnéique, d'une dyspnée spéciale, ample et bruyante, et présente une odeur acétonémique de l'haleine. On constate son amaigrissement et un état de *déshydratation* que traduisent une sécheresse de la peau et de la langue.

La *torpeur psychique* est évidente, le malade a de la peine à rassembler ses idées, il répond aux questions d'une voix lente, entrecoupée et pâteuse. Il accuse une *asthénie physique extraordinaire*, une véritable sensation d'anéantissement. Il ne se lève qu'avec peine, et des *vertiges* sont fréquents, donnant à la marche une allure titubante, ébrieuse. Bientôt d'ailleurs, toute station debout devient impossible.

Ces symptômes nerveux ne s'accompagnent d'aucun signe neurologique objectif : les réflexes tendineux sont normaux, il n'existe pas de signes de Babinski, on ne trouve ni signes cérébelleux, ni signes méningés.

Les vomissements sont répétés, abondants, ils peuvent prendre un type incoercible, survenant au moindre mouvement du malade. Ils s'accompagnent parfois de *diarrhée*. L'*anorexie* est absolue et contraste avec la polyphagie antérieure.

Des douleurs abdominales peuvent, par leur intensité, égarer le diagnostic. Localisées à l'hy-

pocondre droit ou à l'épigastre, elles se rapprochent, comme l'a montré Lereboullet, par leur violence des crises gastriques du tabes.

La dyspnée n'est pas à cette période constante- quoique très fréquente. C'est plus une modifica, tion du rythme respiratoire qu'une dyspnée véritable, elle n'entraîne aucune gêne pour le malade, est compatible avec la station couchée, et ne s'accompagne d'aucun signe à l'auscultation. Décrite par Kusmaull qui en fait l'un des symptômes les plus caractéristiques du coma diabétique, elle est surtout frappante par le caractère anormalement ample de l'inspiration comme de l'expiration, avec une pause intercalaire plus ou moins longue ; les mouvements d'inspiration et d'expiration sont bruyants, en particulier l'expiration qui ressemble à un profond soupir, d'où le nom de *respiration suspirieuse.* En réalité, cette dyspnée de Kussmaull est loin d'être toujours aussi nette, et bien souvent, elle se réduit à la survenue de temps en temps d'une inspiration ou d'une expiration bruyante.

C'est enfin à titre exceptionnel qu'on a signalé la possibilité d'*épilepsie* au cours du coma diabétique, épilepsie généralisée ou partielle, et dont l'interprétation pathogénique est discutée. De même on a cité un cas de tétanie, un cas d'hémichorée.

Le cœur est dans cette forme normal. Le pouls est seulement un peu rapide, la tension artérielle basse.

L'ÉTUDE BIOLOGIQUE d'un tel malade comprend l'examen des urines et du sang.

Les urines contiennent sucre, corps acétoniques et parfois de l'albumine. Leur abondance diminue du fait des déperditions aqueuses des vomissements, de la diarrhée, et surtout de la dyspnée.

La *glycosurie* est importante et son dosage la montre plus marquée que les jours précédents, par baisse de la tolérance hydrocarbonée, parfois moins marquée si le malade ne se nourrit plus.

Une *albuminurie* légère et de la *cylindrurie* sont fréquentes et s'observeraient dans près de la moitié des cas.

La présence de *corps acétoniques* est le fait capital. Sous le nom de corps acétoniques on désigne l'acétone, l'acide diacétique et l'acide β oxybutyrique. De ces trois corps, seuls les deux premiers peuvent être décelés dans l'urine par des réactions qualitatives ; la *réaction de Gerhardt* (1) est la plus courante et révèle l'acide diacétique; c'est une réaction peu sensible, d'où sa valeur clinique, elle nécessite environ un gramme d'acide diacétique par litre pour être positive ; elle peut présenter des causes d'erreurs si le malade, qui souffre, absorbe de l'aspirine ou du salicylate. *Les réactions de Lieben et de Legal-Denigès* (1) révèlent l'acétone, elles sont plus sensibles décelant un taux d'acétone de 4 centigr. par litre.

A ces réactions s'arrêtent les examens courants pratiqués sur les urines. Ils ne décèlent pourtant pas l'acide β-oxybutyrique qui est le plus important des corps acétoniques, dont il représente au moins les 4/5 ; sa présence est cependant indirectement affirmée, car il accompagne toujours le taux élevé d'acide diacétique nécessaire pour rendre positive la réaction de Gerhardt. Pour le déceler directement, il faut faire le *dosage des corps acétoniques totaux* par la méthode de Van Slyke, des chiffres de 0 à 20 grammes par litre étant fréquents au cours du précoma.

Citons enfin d'autres recherches possibles sur les urines, qui ont surtout un intérêt scientifique : l'*acidité* apparente des urines est augmentée, de même l'acidité ionique mise en évidence par le pH. *La résistance à l'alcalinisation des urines* est augmentée et nécessite dans les cas moyens 20 à 30 grammes de bicarbonate de soude contre 5 à 10 grammes pour un sujet normal. L'*ammoniurie* est augmentée pouvant s'élever à 6, 8 et 12 grammes contre 0 gr. 70 à 1 gramme chez le sujet normal, le rein augmentant sa sécrétion d'ammoniaque pour saturer l'acide β oxybutyrique, le rapport ammoniacal et le coefficient de Maillard sont troublés.

L'*examen du sang* doit systématiquement comprendre l'étude de la glycémie, de l'azotémie et de la réserve alcaline.

L'*hyperglycémie* est importante, au-dessus de 2 et 3 grammes et plus.

L'*azotémie* serait élevée dans près de la moitié des cas.

L'acidose est mise en évidence par la *mesure de la réserve alcaline.* Celle-ci baisse et tombe entre 25 et 15 volumes de CO^2 % au lieu de 55 à 75 volumes normaux. Elle se mesure avec l'appareil de Van Slyke et traduit la teneur du sang en bicarbonates, substances tampons qui se détruisent à mesure que l'acidose se décompense. Le même renseignement est donné par la mesure de la *tension du CO^2 alvéolaire* qui descend entre 25 et 10 mm. c. de mercure. Cette acidose, traduite par la baisse de la réserve alcaline, n'est cependant pas assez importante pour modifier grandement le *taux du pH sanguin* qui s'abaisse entre 7,30 et 7,20, indiquant seulement que l'acidose est en train de se décompenser.

---

(1) *Réaction de Gerhardt* : à 9 c. c. d'urines ajouter une goutte puis 1 c. c. de perchlorure de fer : le liquide reste jaune marron lorsque la réaction est négative, il devient rouge foncé et même rouge noir lorsqu'elle est positive. L'aspirine et l'antipyrine donnent une coloration violette et non pas rouge.

(1) *Réaction de Legal* : à un demi tube à essai d'urines, ajouter 1 c. c. de nitroprussiate de soude et quelques gouttes d'acide acétique ; puis laisser couler le long des parois du tube 1 c. c. d'ammoniaque de façon à ce qu'il surnage sans se mélanger à l'urine : s'il y a de l'acétone on voit se former un disque violet à la séparation des deux liquides.

Réaction de Denigès : à un demi tube d'urines on ajoute 1 c. c. de nitroprussiate de soude et 1 c. c. de lessive de soude ; on mélange et il se forme une coloration rouge ; on ajoute 1 à 2 gouttes d'acide acétique, le mélange se fonce et devient rouge sombre s'il y a de l'acétone, il s'éclaircit en cas contraire.

Le *taux des corps acétoniques du sang* s'élève, et des traces qu'il représente à l'état normal, il peut atteindre plusieurs grammes.

On a encore insisté sur les modifications du *chlore* plasmatique et globulaire, une chloropénie pouvant succéder aux vomissements et la diarrhée, du *cholestérol* et de la *lipémie* qui seraient augmentés pouvant donner des taux considérables (Frugoni cite le chiffre de 270 grammes).

Signalons enfin une *concentration* possible du sang secondaire à la déshydratation, avec polyglobulie, augmentation de la viscosité sanguine et augmentation du taux des albumines.

L'ÉVOLUTION de cette phase de précoma est variable.

Autrefois, avec le simple traitement bicarbonaté, et en l'absence d'insuline, elle faisait plus ou moins rapidement place au coma complet, après une durée variable de quelques heures à un ou deux jours, et les cas de guérison étaient exceptionnels.

Actuellement, on peut espérer de beaux résultats thérapeutiques avec un traitement insulinique bien conduit. L'insuline constitue ici un véritable traitement héroïque qui permet de voir le malade ressusciter en un temps habituellement relativement court, quelques heures, 24 au plus.

Le traitement est délicat à conduire, entrecoupé parfois d'un accident hypoglycémique ; des complications peuvent survenir, infectieuses, rénales et surtout cardiovasculaires venant brusquement emporter un malade que l'on espérait sauvé. Enfin, on peut plus exceptionnellement observer un cas d'insulino-résistance.

***

LE COMA correspond à la disparition totale de la conscience. Le malade est inerte, n'effectue aucun mouvement, ne répond à aucune excitation. Il dort paisiblement, en état d'hypotonie musculaire, on ne remarque aucune paralysie des membres qui retombent aussi massivement d'un côté comme de l'autre lorsqu'on les soulève passivement, les réflexes tendineux sont affaiblis ou même disparus aux membres inférieurs, il n'existe pas de signe de Babinski, le réflexe cornéen et le réflexe pupillaire à la lumière sont conservés, les pupilles sont classiquement en mydriase, on ne trouve pas de signes méningés, c'est un coma flasque d'une *pauvreté symptomatique* assez particulière.

On remarque seulement des signes de *déshydratation* , traits tirés, nez pincé, sécheresse de la peau et de la langue, hypotonie des globes oculaires assez spéciale, donnant aux doigts l'impression de globes oculaires de cadavre. L'haleine a une odeur chloroformique pénétrante, diffusant loin du malade. La respiration garde son caractère de dyspnée de Küssmaull, ample et suspirieuse. La température est basse à 36°-35°, les extrémités refroidies, le pouls est rapide à 100, 110, les bruits du cœur sont normaux, la tension artérielle basse.

LES SIGNES BIOLOGIQUES sont ceux de la phase précédente, mais encore plus marqués. On est obligé de recueillir les urines par sondage, leur abondance diminue, elles contiennent sucre et corps acétoniques, leur acidité s'accroît.

Dans le sang, *la réserve alcaline* baisse de plus en plus, descend au-dessous de 20 volumes, avec des chiffres parfois extrêmement bas, 9, 8 volumes. La tension du CO^2 alvéolaire peut tomber à 9 mm. de mercure. *Le pH du sang* ne bouge vraiment qu'aux approches de la mort, descendant en dessous de 7,20 jusqu'à 7 qui correspond à une alcalinité très légère ; même dans les cas mortels, il ne s'abaisse pas en dessous de 7, le sang restant toujours alcalin, neutre tout au plus, mais jamais acide.

L'ÉVOLUTION à cette phase de coma confirmé est toujours très grave. Elle va être *très rapide*, étalée sur quelques heures, 6 à 36 heures au plus. Autrefois, en l'absence d'insuline, on ne comptait guère que des échecs, et les quelques observations d'amélioration réunies par M. Labbé étaient toutes suivies d'une rechute mortelle.

Actuellement, même avec l'insuline, le pronostic reste très sombre, les statistiques les meilleures donnant encore une mortalité de plus de 20 %. Dans les cas favorables, on voit sous l'influence du traitement insulinique, les réactions de Gerhardt et de Legal s'atténuer dans les urines, puis disparaître, en même temps que la réserve alcaline s'élève et que cliniquement le malade sort du coma et la dyspnée disparaît. *L'insulino-résistance* est plus fréquente, à cette période de grand coma, en particulier dans les comas déclanchés par une infection.

Surtout peuvent survenir des COMPLICATIONS qui sont, en général, responsables de la mort.

La plus fréquente est le COLLAPSUS CARDIO-VASCULAIRE, signalé par Blum au XIIe Congrès de médecine et repris récemment par plusieurs auteurs. On le voit surtout à la période de coma complet, lorsque celui-ci dure déjà depuis quelques heures.

Alors qu'apparemment rien ne paraît modifié dans l'état du malade, on constate que le pouls s'accélère, devient petit et incomptable en même temps que la tension artérielle s'effondre à 7 cent., 5 cent. de Mx et devient bientôt imprenable; le malade se cyanose, ses extrémités se refroidissent, et la mort survient par syncope, parfois à un moment où l'on commençait à espérer, alors que le diabète proprement dit allait mieux, que la réserve alcaline montait, et que, dans les urines, les corps acétoniques diminuaient ou même disparaissaient.

Boulin attribue ce collapsus à un mécanisme analogue à celui du collapsus de la fièvre typhoïde, Lawrence incrimine la déshydratation et une diminution de la masse sanguine.

DES COMPLICATIONS RÉNALES sont plus rares. Ce sont de véritables néphrites qui peuvent entraîner la mort par urémie, mélangeant leur symptomatologie à celle du coma diabétique. *L'oligurie* augmente et peut confiner à l'anurie. *L'albuminurie* et la *cylindrurie* dont nous avons signalé la fréquence peuvent devenir massives,

cette dernière pouvant, selon Kulz, entraîner un aspect pyoïde des urines.

L'azotémie augmente en même temps que l'azote urinaire diminue. Le taux de l'azotémie reste cependant modéré, atteignant 1 gramme, 1 gr. 50, rarement 2 grammes. Mais plus que son taux, sa progressivité a une grosse valeur pronostique, l'azotémie disparaissant en quelques jours dans les cas favorables. L'azote résiduel, l'azote total non protéidique augmentent.

Exceptionnellement, apparaissent des signes cliniques d'urémie, myosis, respiration de Cheyne-Stokes.

Parallèlement à cette azotémie, la réserve alcaline atteint des chiffres extrêmement bas, en dessous de 10 volumes. L'hypochlorémie n'est pas constante.

L'évolution de tous ces troubles est variable. Dans les cas favorables, ils disparaissent sous l'influence de l'insulinothérapie, d'autres fois, ils évoluent rapidement vers la mort, soit parallèlement au diabète, soit indépendamment de lui, la mort survenant par urémie alors que les corps acétoniques avaient disparu des urines.

Urémie et *collapsus cardio-vasculaire* peuvent enfin venir s'intriquer au coma diabétique pour emporter le malade.

On attribue en général ces complications rénales à l'action nocive des corps acétoniques sur le rein. M. Labbé et Boulin font jouer plus d'importance à l'aggravation de l'acidose par l'insuffisance rénale qu'au taux proprement dit de l'azotémie. Ce qui compte surtout, c'est l'état antérieur du rein, la poussée de néphrite aiguë pouvant guérir sur un rein antérieurement sain alors qu'elle deviendra rapidement mortelle sur un rein antérieurement lésé. C'est encore à ces lésions rénales que serait due la forme si spéciale de coma diabétique dans laquelle sont négatives les réactions de Gerhardt et Legal.

Citons enfin la possibilité de COMPLICATIONS INFECTIEUSES intercurrentes, telles qu'une pneumonie venant entraîner la mort au moment où l'acidocétose semblait régresser.

***

On voit donc l'extrême gravité du coma diabétique où, à côté de l'accident physiopathologique d'acidocétose proprement dit, il faut faire une grande place dans le PRONOSTIC à l'état du cœur et du rein. ON BASERA LE PRONOSTIC sur l'*intensité du coma*, la guérison s'obtenant surtout à la phase de précoma, sur l'existence des signes rénaux, en particulier de l'*azotémie* dont l'augmentation progressive est de fâcheuse augure, sur la *tension artérielle*, et le pouls. Rathery attache une valeur au taux de l'acétonémie dont la forte élévation ainsi que celle du sucre protéidique seraient d'un mauvais pronostic. On attachera surtout une valeur à l'étude de la *réserve alcaline*, dont la montée constituera le premier signe favorable.

***

Tels sont les signes cliniques et biologiques du coma diabétique, ces derniers fort complexes et d'apparence peu réalisables dans la pratique courante.

En fait, on cherchera soi-même sucre et corps acétoniques à chaque examen, et on demandera au laboratoire la mesure quotidienne du taux de la glycémie, de l'azotémie, et de la réserve alcaline.

***

Nous n'insisterons pas sur les multiples FORMES SYMPTOMATIQUES décrites au coma diabétique.

Forme dyspnéique avec angoisse respiratoire et soif d'air pouvant simuler une crise d'asthme. *Forme vertigineuse, forme ébrieuse* avec hébétude, voix pâteuse, démarche titubante simulant l'ivresse, *formes vomitives, formes diarrhéiques* simulant une intoxication alimentaire, *formes pseudo-cholériques* avec selles riziformes et algidité, *formes pseudo-occlusives* avec constipation absolue, formes douloureuses *pseudo-appendiculaires* et *pseudo-péritonitiques* avec douleurs, vomissements, défense de la paroi, pouvant entraîner de graves erreurs de diagnostic.

Une forme anormale est la forme où les *réactions de Gerhardt et de Legal restent négatives* dans les urines, par défaut d'acétone et d'acide diacétique, l'acide β-oxybutyrique n'étant pas décelable qualitativement. Seul l'examen du sang, avec l'hyperglycémie, la baisse de la réserve alcaline, et la forte acétonémie permettra d'affirmer le diagnostic. La présence dans ces cas de signes rénaux, albumine, cylindres, azotémie, caractérise la *forme rénale du coma diabétique.*

SELON L'AGE ET LE TERRAIN, le *diabète de l'enfant* est rare. Le coma diabétique y serait d'autant plus précoce que l'enfant est plus jeune, et d'installation particulièrement brutale. Il peut, au cours de la première enfance, avoir une évolution aiguë et même foudroyante. Il aurait souvent une symptomatologie abdominale. Il représente l'une des causes les plus fréquentes du coma dans l'enfance.

Le coma diabétique du vieillard est rare. Il est particulièrement grave, l'association à l'urémie, à des troubles cardiaques ou même à une apoplexie cérébrale y étant particulièrement fréquente.

La forme de la femme enceinte, qu'il s'agisse d'un diabète antérieur ou d'un diabète gravidique, se voit à la fin de la grossesse, à partir du sixième mois, pendant l'accouchement, ou après, au moment de la montée laiteuse. Il peut évoluer avec une rapidité foudroyante.

SELON LA FORME DU DIABÈTE, le *diabète bronzé* peut associer aux symptômes du coma diabétique ceux d'une insuffisance hépatique, en particulier des hémorragies diverses, des hématémèses. M. Labbé a signalé la possibilité, en dehors du diabète bronzé, du coma diabétique *avec lésions dégénératives du foie* qu'il considère comme une hépatite toxique due à une atteinte du foie par les corps acétoniques.

***

Le diagnostic du coma diabétique pose souvent des problèmes délicats.

I. *Lorsque le diabète n'est pas connu et que l'on se trouve devant un malade en plein coma,* il est en général relativement facile. Le coma diabétique est assez spécial par son aspect de coma flasque hypotonique, sans signes de localisation, avec une dyspnée de Küssmaull et une odeur chloroformique de l'haleine ; cette pauvreté symptomatique l'évoque ; les examens biologiques vont l'affirmer par la découverte de la glycosurie, de l'acétonurie, et la recherche dans le sang de l'hyperglycémie, de la réserve alcaline et de l'acétonémie.

On ne le confondra guère avec le *coma hémiplégique* des apoplexies cérébrales, le *coma post-comitial*, le *coma des méningites aiguës* ; celui-ci peut, il est vrai, s'accompagner de glycosurie dont le taux est minime, mais pas d'hyperglycémie.

De même, s'élimineront les *comas, phase terminale d'une maladie infectieuse,* les *comas hépatiques,* les *comas toxiques,* le *coma urémique* ; celui-ci est bien différent avec sa dyspnée de Cheyne-Stokes, son myosis, ses soubresauts musculaires ; il s'accompagne d'hypertension artérielle, parfois d'un frottement péricardique ; la réserve alcaline peut être abaissée comme dans le coma diabétique, mais la glycémie est normale et l'azotémie élevée à plusieurs grammes. Seule la *forme rénale du coma diabétique* peut prêter à discussion lorsque manquent glycosurie et acétonurie et que l'on trouve une albuminurie et une cylindrurie ; on remarquera l'hypotension artérielle, le taux relativement peu élevé de l'azotémie, et le diagnostic sera fait par la découverte de l'hyperglycémie et de l'acétonémie.

II. *Lorsque le diabète est connu,* on pense d'emblée au coma par acidocétose, mais il faut discuter le difficile problème de *tous les comas du diabétique.* Un *coma traumatique* chez un diabétique peut poser une indication opératoire et déclancher un coma par acidocétose ; *un coma toxique, alcoolique* peut donner une réaction de Gerhardt positive, mais la réaction de Legal reste négative ; un *coma urémique* peut venir s'intriquer à un coma diabétique ; *un coma cardiaque,* tel que le réalise le *coma de Frerichs,* survient chez le diabétique en dehors de toute acidocétose, il est rare ; dans tous les cas, l'examen biologique a une importance capitale, montrant les corps acétoniques dans les urines et dans le sang, dosant la réserve alcaline.

— *Si enfin, le diabétique est traité régulièrement par l'insuline* se posera le diagnostic du *coma hypoglycémique.* Son début est brutal, il s'installe en quelques minutes, il s'accompagne de sueurs profuses et de convulsions allant parfois jusqu'à une véritable crise d'épilepsie, on constate des contractures localisées simulant un trismus, ou généralisées d'allure pseudotétanique, et surtout l'existence d'un signe de Babinski uni ou bilatéral ; les réflexes tendineux sont vifs, exagérés. Les examens biologiques sont d'une importance capitale : les urines ne contiennent ni sucre, ni acétone ; dans le sang, la glycémie (dont on peut demander la mesure extemporanée par la méthode de Baudouin) est basse, souvent en dessous de 0 gr. 50. L'épreuve thérapeutique va confirmer le diagnostic : une injection intraveineuse de sérum sucré fait rapidement sortir le malade du coma.

III. *Enfin, au cours même du traitement d'un coma diabétique,* peuvent encore se poser de délicats problèmes diagnostiques. Le malade semble aller mieux, sa torpeur est moins profonde, la réaction de Gerhardt est moins nette ou même a disparu, la réserve alcaline remonte quand brusquement survient une recrudescence du coma.

On discutera un *coma hypoglycémique,* car l'instabilité glycémique de ces malades est extrême ; l'existence d'une glycosurie ne donnera pas un renseignement absolu, car elle peut porter sur des urines émises avant la chute glycémique et restées dans la vessie, et l'on pourra tenter l'épreuve thérapeutique du sérum sucré avant même le résultat de la glycémie ; s'il s'agit d'un accident hypoglycémique, on constatera une amélioration immédiate. Nous avons vu de même toutes les discussions diagnostiques que soulèvent au cours du coma diabétique l'apparition d'un *collapsus cardio-vasculaire* ou d'un *coma urémique.*

***

Le traitement du coma diabétique est un *traitement d'urgence* : de sa rapidité et de sa conduite dépendent dans les heures qui suivent la vie du malade.

Sitôt le diagnostic posé, le premier geste à faire est une injection d'insuline. Boulin conseille de faire immédiatement 20 unités par voie intraveineuse et 40 unités par voie sous-cutanée, puis de refaire 20 unités une demi heure et une heure plus tard, si bien que dans l'heure qui suit la pose du diagnostic, le malade reçoit 100 unités d'insuline. Si le coma est complet, il conseille même de répéter les injections à la dose de 40 unités pour donner au malade 140 unités en une heure.

Pendant cette première heure du traitement, il est nécessaire, entre les piqûres d'insuline, d'organiser les soins accessoires : il faut *réchauffer* le malade dans son lit avec plusieurs bouillottes afin de lutter contre l'hypothermie, chauffer la chambre et y faire bouillir en permanence de l'eau pour saturer l'air d'humidité et lutter contre le caractère déshydratant de la dyspnée de Küssmaull, enfin *réhydrater* le malade en *le faisant boire* : on lui donnera de l'eau sucrée, des jus de fruits (jus d'orange, si cela est possible), du lait (dont le facteur cétogène est minime) ; le plus facile à l'heure actuelle est le sérum glucosé, que l'on administrera par toutes les voies, par la bouche si le malade ne vomit pas, en goutte à goutte rectal installé en permanence, et même par voie intraveineuse. Ces solutions sucrées vont augmenter le taux des hydrates de carbone de façon à entretenir une

glycosurie permanente nécessaire pour mener à bien le traitement insulinique. Enfin, il sera bon d'éloigner l'entourage du malade en ne laissant près de lui qu'une seule personne, et de disposer le matériel nécessaire pour les examens répétés d'urines qui vont être à faire.

Dans les heures qui suivent l'on va revoir le malade de demi heure en demi heure, vérifiant chaque fois la présence de sucre et d'acétone dans les urines en ayant soin de vider chaque fois complètement la vessie, lui faisant boire une cuiller à soupe de sérum glucosé, et injectant 20 unités d'insuline sous-cutanées.

C'est la réaction de Gerhardt qui va guider la conduite thérapeutique : dans les cas favorables on la voit s'atténuer, puis disparaître ; parallèlement, l'obnubilation s'atténue, et le dernier critère de guérison sera le relèvement de la réserve alcaline.

Cette période est parfois fertile en *incidents* : on peut voir la glycosurie disparaître, alors que persiste la réaction de Gerhardt ; il faut immédiatement faire 250 c. c. de sérum glucosé isotonique intraveineux, la glycosurie reparaît et l'on peut continuer l'insuline. Si la glycosurie et l'acétonurie disparaissent et que le coma du malade semble augmenter, surtout s'il apparaît un signe anormal tel qu'une convulsion, un signe de Babinski, il faut penser à l'accident hypoglycémique et faire immédiatement du sérum sucré intraveineux ; on pourra le faire en cas de doute, avant même le résultat de la glycémie.

La durée et la dose totale d'insuline nécessaires pour sauver le malade sont éminemment variables : le résultat s'obtient en général en quelques heures, une journée au plus, et les doses nécessaires d'insuline au cours de cette journée vont de 200 à 1.000 et plus unités ; ces doses sont formidables et peuvent être difficiles à trouver à l'heure actuelle.

L'insuline enfin, surtout à ces doses, est un dépresseur cardiaque ; il sera bon de donner préventivement au malade des tonicardiaques tels que l'huile camphrée, la spartéine, etc...

Le lendemain et les jours suivants, il faut suivre attentivement le malade qui pourrait faire une rechute ou une complication, et, dans les cas favorables, diminuer progressivement l'insuline que l'on ne pourrait continuer sans danger à ces doses élevées, et augmenter la ration alimentaire.

On fera encore 150 à 200 unités d'insuline le deuxième jour, moins le lendemain, en se basant chaque fois sur l'examen des urines. La réapparition d'une réaction de Gerhardt ferait à nouveau augmenter les doses, et il est difficile de donner une règle précise ; on agira par tâtonnement en suivant la glycémie, la réserve alcaline et l'acétonurie.

L'alimentation purement hydrocarbonée du premier jour sera augmentée d'un litre de lait le deuxième jour, et de 200 grammes de pommes de terre le troisième jour. A partir du quatrième jour, on pourra introduire graisses et albumines qui sont des aliments éminemment cétogènes ; on ajoutera à la ration un œuf et du fromage le quatrième jour, des légumes verts le cinquième jour, de la viande le sixième on septième jour. Là encore, il est difficile d'établir une règle fixe devant les difficultés actuelles de fournir un régime précis et les résultats de l'évolution de la maladie.

Lorsque survient une complication, on modifiera la thérapeutique.

Le *collapsus cardiovasculaire* se combat avec les tonicardiaques habituels : digitaline, ouabaïne, camphre, caféine, spartéine et surtout, selon Boulin, par l'adrénaline injectée par voie intraveineuse mélangée à 250 c.c. de sérum sucré isotonique. Lawrence conseille des injections intraveineuses de plusieurs litres d'une solution de gomme acacia additionnée d'adrénaline.

L'*azotémie et l'insuffisance rénale* sont au-dessus de nos ressources thérapeutiques. L'anurie ne doit pas faire cesser les injections d'insuline, on essaiera de faire reprendre la diurèse par des injections intraveineuses de sérum hypertonique. Chabanier considérant l'azotémie du coma diabétique comme due à une hypochlorémie, conseille des injections de sérum salé, surtout si les vomissements sont importants. Ces faits ne sont pas confirmés par Rathery.

L'*insulino-résistance* se voit surtout dans les comas traités tardivement. Le malade ne réagit pas aux doses les plus fortes d'insuline. Rathery a proposé la radiothérapie hypophysaire dans certains cas d'insulino-résistance, celle-ci ne peut guère être tentée en période de coma. Merle (de Clermont-Ferrand) en a rapporté une belle observation.

Enfin, les *accidents d'hypoglycémie* seront traités par la suspension de l'insuline et les injections intraveineuses de 250 c. c. de sérum glucosé isotonique à 47 ‰, ou même par 20 à 40 c. c. de sérum hypertonique.

***

On voit toute la complexité du traitement d'un coma diabétique qui peut à chaque instant poser un problème nouveau. Il nous a paru intéressant de terminer cette étude par l'observation d'une malade que nous avons suivie cet été à l'hospice de Bicêtre, dans le service de notre maître, le Professeur agrégé R. Moreau.

OBSERVATION. — *Coma diabétique, manifestation inaugurale d'un diabète avec dénutrition. — Intrication au cours du traitement d'accident hypoglycémique et de collapsus cardio-vasculaire. — Azotémie et albuminurie. — Guérison.*

Mme Sch., âgée de 48 ans, ignoait jusqu'alors son diabète. On ne trouve dans ses antécédents qu'un léger état hémogénique dans l'enfance. En janvier 1942, elle subit une hystérectomie pour fibrome sous anesthésie générale ; aucune complication ne survient.

En juillet 1942, la malade remarque une soif inusitée et une polyurie avec pollakiurie nocturne, en même temps qu'apparaît une fatigue anormale rapidement croissante, et qui augmente au point de la forcer à garder le lit la veille de son entrée à l'hôpital. Cette asthénie devient au cours de la nuit un coma avec perte de la conscience, et elle est amenée d'urgence à l'hôpital le 19 août à 14 heures.

A son arrivée, la malade est dans un précoma, elle ne répond pratiquement pas aux questions qu'on lui pose ; sa respiration est ample et suspirieuse, accélérée à 32 à la minute, son pouls bat à 90; la température rectale est à 35°6, la tension artérielle à 10-7; les extrémités sont froides et marbrées; on note une flaccidité complète sans paralysie, les réflexes tendineux sont faibles, il n'existe pas de signe de Babinski, les pupilles sont normales, il existe une odeur chloroformique de l'haleine très nette. Les urines recueillies par sondage contiennent du sucre, des corps acétoniques et de l'albumine. On réchauffe la malade, la fait boire abondamment, on lui injecte 500 c. c. de sérum glucosé sous-cutané et 40 unités d'insuline. La glycémie pratiquée immédiatement est de 4 gr. 50, la réserve alcaline abaissée à 15 volumes.

Dans les heures qui suivent, on fait à la malade 20 unités d'insuline par heure et des injections répétées de sérum glucosé totalisant un litre en 24 heures. A 22 heures, après 300 unités d'insuline, l'état est toujours très grave, les urines contiennent toujours sucre, acétone, albumine ; surtout s'est développé, malgré un traitement tonicardiaque préventif, un *collapsus cardio-vasculaire* avec pouls misérable, tension artérielle imprenable, refroidissement des extrémités qui sont marbrées d'un livedo prononcé jusqu'à la racine des cuisses. Les veines des bras sont introuvables et l'on injecte dans l'artère fémorale un litre de sérum glucosé isotonique et un milligr. d'adrénaline.

Le lendemain 20 août, à 10 heures, l'état subcomateux avec collapsus cardiovasculaire est le même. On trouve à l'examen *un signe de Babinski* droit. Les urines contiennent toujours sucre, acétone, et albumine, mais la glycémie est tombée à 0 gr. 48 et la réserve alcaline montée à 18 vol. On pratique une injection de 500 c. c. de sérum glucosé intraveineux associé à de l'ouabaïne et de l'adrénaline, la malade devient beaucoup plus présente au cours de l'injection. L'acétone disparaît des urines et le sucre n'est plus retrouvé qu'à l'état de traces.

Il reparaît pourtant rapidement dans les heures qui suivent et la glycémie est à nouveau à 1 gr. 70 le lendemain matin et à 2 gr. 70 douze heures plus tard avec une réserve alcaline à 35 volumes. On continue l'insulinothérapie, on ne retrouve plus le signe de Babinski.

Le 22 août au matin, nouvelle chute hypoglycémique à 0 gr. 64 avec réapparition du signe de Babinski. Dans l'après-midi, la glycémie est à nouveau à 2 gr. 05, la R. A. à 31 vol. et on constate une azotémie à 1 gr. 50. Le collapsus cardiovasculaire est très prononcé et l'on redoute une issue fatale.

Le 23 août au matin, la malade est beaucoup mieux, elle est parfaitement présente, elle n'a plus de sucre dans les urines depuis une heure du matin, l'albumine a également disparu. La glycémie est de 1 gr. 45, la R. A. de 44 vol. On lui prescrit un régime contenant près de 100 unités d'hydrates de carbone, et l'on continue l'insuline à la dose de 50 unités par jour. Le sucre réapparaît dans les urines et l'acétone par moments, et malgré que la malade soit apparemment beaucoup mieux, sa glycémie monte à 3 gr. 65 le 25 août avec une R. A. de 35 vol. Mais le 26, la glycémie tombe à 1 gr. 97 et la R. A. monte à 53 vol.

Le 28 août, la glycémie est à 1 gr. 54, on donne 30 unités d'insuline par jour.

Le 7 septembre la glycémie est à 1 gr. 22, on ne fait plus que 20 unités d'insuline par jour, et la glycosurie a disparu depuis le 2. Toutes traces d'albumine ont également disparu et l'azotémie est tombée à 1 gr. 05 le 24 août, 0 gr. 35 le 30 août, 0 gr. 32 le 2 septembre.

On cesse l'insuline le 11 septembre. Trois jours plus tard, le 14, la glycémie est remontée à 1 gr. 98, la glycosurie a reparu et est de 76 gr. par 24 heures. On reprend 20 unités d'insuline-protamine-zinc, la glycémie est à 1 gr. 23 le 19 septembre et la R. A. à 52 vol. Mais la glycosurie est toujours intermittente apparaissant presque tous les jours.

Depuis cette époque, malgré 30 et 40 unités d'insuline par jour et avec un régime contenant 100 gr. environ d'hydrates de carbone par jour, la glycosurie reste permanente et l'acétone reparaît par instant. La glycémie remonte peu à peu à 2 gr. 40.

Cette observation de coma diabétique suscite quelques réflexions.

I. — Il s'agit d'un diabète avec dénutrition et il est probable que, maintenant que la malade est guérie de son coma; elle restera tributaire d'une dose quotidienne d'insuline.

II. — Ce coma a été la manifestation inaugurale d'un diabète. Celui-ci n'existait surement pas six mois plus tôt, lors d'une hystérectomie. C'est là un fait connu, mais peu fréquent.

III. — Aucune cause déclanchante n'a pu être trouvée, et l'on peut se demander si ce diabète acidosique n'a pas pris d'emblée une évolution suraiguë, aboutissant au coma en quelques semaines.

IV. — Ce coma s'est compliqué de collapsus cardio-vasculaire, d'azotémie, et d'accident hypoglycémique.

Le collapsus cardio-vasculaire a été d'emblée sévère avec algidité, pouls incomptable, chute de la tension. Il a été jugulé parle sérum sucré et l'adrénaline intraveineux, la première injection ayant dû être pratiquée dans l'artère fémorale dénudée devant l'importance du collapsus veineux périphérique.

L'azotémie a atteint 1 gr. 50, mais elle a, avec l'albuminurie, disparu avec le coma sous l'influence de l'insuline. Elle a évolué parrallèlement à la glycémie, et est toujours restée silencieuse cliniquement. Associée à l'albuminurie, elle représente, semble-t-il, un processus de néphrite aiguë.

Un accident hypoglycémique est survenu à deux reprises, sa seule traduction clinique fut un signe de Babinski. Chaque fois il disparut rapidement sous l'influence du sérum glucosé intraveineux. Il est remarquable de voir avec quelle rapidité la glycémie remontait chaque fois à un taux élevé, passant le même jour de 0 gr. 64 à 2 gr. 05.

V. — Reste enfin à signaler l'âge de la malade, le diabète avec dénutrition survenant en général chez des sujets plus jeunes.

***

Tels sont quelques-uns des problèmes que pose le coma diabétique. Nous sommes volontairement restés sur un terrain purement clinique et thérapeutique.

D'autres problèmes encore plus complexes surgissent lorsque l'on envisage les côtés pathogénique et physiopathologique ; là, le terrain est plus mouvant, et bien des inconnues persistent encore à l'heure actuelle.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

RÉFLEXIONS SUR LA RÉFORME DES ÉTUDES MÉDICALES

La réforme des études médicales est à l'ordre du jour. A vrai dire, cette réforme a toujours préoccupé le Corps médical. A la fin de l'ancien régime, 18 Facultés dont 9 avaient un *semblant d'activité* et 15 collèges qu'elles étaient censées contrôler et qui n'avaient pas le droit de conférer des grades, réunissaient les médecins et essayaient de les instruire des choses qui intéressaient leur profession. Cette instruction était si défectueuse que Vicq d'Azyr, médecin de la Reine et secrétaire perpétuel de la Société Royale de médecine, en publia une vive et sévère critique (*Réflexions sur les abus dans l'enseignement et l'exercice de la médecine*) qui fut suivie d'un Plan de réorganisation, présenté au nom de la *Société Royale de médecine* à l'*Assemblée Constituante* en 1790.

La suppression des Facultés par la loi du 18 août 1792 rendit l'exercice de la médecine absolument libre. L'anarchie régna en souveraine dans l'enseignement ; les charlatans, les empiriques pullulèrent et l'on vit un épicier médecin en chef d'un important service dans un hôpital de Paris.

La carence des médecins dans les armées inquiéta la *Convention nationale* ; Fourcroy et Thouret lui firent adopter la création de trois *Ecoles de santé* à Paris, à Montpellier et à Strasbourg. Leur tâche était d'instruire pendant trois ans de jeunes médecins pour les armées (2 frimaire an III-1794). Ces écoles devaient compter 550 élèves et 12 professeurs. Les élèves étaient tenus de suivre les cours et touchaient une solde annuelle de 1.200 francs qui fut supprimée quelques années après.

L'année suivante (an IV-1795) vit la création de l'*Institut* qui dédaigna complètement la médecine. En dédommagement, une nouvelle *Société de médecine* et la *Société d'émulation* avec Bichat donnèrent un lustre nouveau aux études des sciences médicales. En 1797 (thermidor an VII) fut fondée l'*Ecole pratique* qui vécut jusqu'au milieu du XIXe siècle et compléta heureusement pour une élite l'enseignement des Ecoles de santé.

En 1800, Leroux et Corvisart, qui fut médecin de Napoléon Ier, créèrent la *Société d'instruction médicale* et de nombreux cours libres remédièrent à l'insuffisance de l'enseignement officiel.

Le 20 prairial an XI (1803) une loi régla les conditions d'admission dans les Ecoles de santé, en fixa les programmes et les modes d'enseignement, et imposa la possession de grades pour exercer la médecine.

Enfin la loi du 19 ventôse an XI (1803) réglementa définitivement l'exercice de la médecine par les docteurs et les officiers de santé. C'est sous l'empire de cette loi que les médecins vécurent pendant le XIXe siècle jusqu'en 1892.

Sur ces entrefaites, la *Société académique* (1804) avait précédé l'Académie de médecine. En 1808, Napoléon Ier créa la grande *Université de France*. Elle engloba les trois Ecoles de santé qui devinrent Facultés.

En 1809, les concours furent institués pour le recrutement du personnel enseignant.

Sous la Restauration, une ordonnance du 5 juillet 1820 exigea le baccalauréat ès sciences pour prendre des inscriptions de doctorat, jusqu'alors on se contentait d'une attestation, constatant que le candidat avait suivi dans un établissement d'enseignement le cycle complet des études secondaires.

En 1822, des manifestations tumultueuses d'origine politique déterminèrent le Gouvernement à fermer la Faculté de médecine de Paris. Cette suppression donna lieu à une réorganisation de l'Enseignement par les ordonnances royales des 2 février, 12 avril et 22 octobre 1823 fixant les cours que devaient suivre les étudiants pour chaque année d'études et réglementant les examens.

La Révolution de 1830 amena la réforme partielle de ces ordonnances et un arrêté du Conseil royal suspendit l'exigence du baccalauréat ès sciences, mesure qui ne fut que momentanée.

Une effervescence régna vers 1840 dans le Corps médical et donna lieu en 1845 au grand *Congrès de médecine*, réuni par le ministre de Salvandy pour réformer l'enseignement et l'exercice de la médecine. Les docteurs se plaignaient surtout de la concurrence des officiers de santé. Les événements politiques empêchèrent les résultats de ce Congrès d'être réalisés.

Peu de changements se produisirent jusqu'en 1892 ; cependant en 1851, les concours pour obtenir les fonctions de professeurs furent supprimés et maintenus pour les agrégés et les autres fonctions secondaires.

Tout ne fut pas parfait dans l'enseignement de la médecine durant la dernière partie du XIXe siècle. Claude Bernard dans son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* (1865) ne donna pas seulement des conseils sur la méthode à suivre dans les recherches scientifiques, mais il étendit sa méthode à l'observation qui est le domaine du médecin praticien.

« Un médecin, écrit-il au début de son livre, qui observe une maladie dans diverses circonstances, qui raisonne sur l'influence de ces circonstances et qui en tire des conséquences qui se trouvent contrôlées par d'autres observations, ce médecin fera un raisonnement expérimental, quoiqu'il ne fasse pas d'expériences ».

Depuis, le Corps médical ne cessa de réclamer la réforme méthodique des études médicales, la

suppression des officiers de santé et l'organisation de la profession des chirurgiens-dentistes. Après de longues années d'études et de recherches au *Concours médical* et dans les syndicats, alors illégaux, le Docteur CHEVANDIER fit voter la loi du 30 novembre 1892 qui fut suivie du décret du 4 août 1893 établissant le P. C. N. et modifiant le programme de la première année. Tout ne fut pas considéré dès lors comme parfait.

En 1894, le 21 juillet, parut une Circulaire réglant les équivalences des diplômes pour obtenir des inscriptions de doctorat en médecine.

En 1897, fut créé le diplôme d'université dont la transformation possible en diplôme d'Etat donna lieu à bien des abus.

En 1902, le Professeur MAYET de la Faculté de médecine de Lyon, adressa une lettre à ses collègues des Facultés et Ecoles leur demandant leur avis sur la Réforme des Etudes médicales et les diverses Sociétés de médecine mirent cette question à l'ordre du jour. Le malencontreux décret, instituant un certificat d'études médicales supérieures, signé par le ministre BRIAND et inspiré par le Professeur BOUCHARD, donna lieu à de vives protestations manifestées dans les *Congrès des Praticiens* où l'on proclama comme un axiome l'*hôpital, centre d'enseignement.* Le décret Briand fut rapporté et, en 1907, une grande commission de réforme des Etudes médicales qui comprenait des représentants des praticiens et même des Syndicats médicaux, fut réunie au Ministère de l'Instruction publique sous la présidence de M. LIARD. Le rapport de la Commission qui remaniait le programme des études fut rédigé par le professeur agrégé Pierre TEISSIER et publié à l'*Officiel* le 13 avril 1908 ; il fut suivi du décret du 11 janvier 1909 qui adoptait ce programme et fixait à cinq années la durée des études après l'année de P. C. N. Depuis on ne cessa de demander des modifications.

Il y eut le décret du 29 novembre 1911, suivi du décret du 29 juillet 1912, ayant trait surtout aux examens. Les décrets du 10 septembre 1924, du 26 juillet 1925, du 6 août 1927, du 21 août 1928, du 27 juillet 1932, etc., etc.

Le P. C. N. devint le P. C. B. et l'on se borna à quelques modifications de détail, telles que celles ayant trait aux concours d'agrégation, la création de plusieurs certificats spéciaux et l'organisation de l'enseignement des spécialités accomplies dans chaque Faculté. La loi du 25 juillet 1935 restreignit les facilités données aux étrangers et aux naturalisés pour aborder les études médicales.

***

La médecine est un art basé sur des sciences qui évoluent constamment surtout à notre époque. Nous ne prendrons qu'un exemple : La chirurgie qui était indépendante de la médecine avant la Révolution, lui fut annexée dans les Ecoles de santé et l'on fit frapper des médailles, données comme prix aux élèves, où les effigies de A. PARÉ et de FERNEL étaient symboliquement superposées.

Néanmoins dans la loi de ventôse, on avait maintenu le Doctorat en chirurgie qui, tombé en désuétude, fut supprimé en 1892. Avec la sérothérapie, la radiologie, etc., l'on crut que le domaine de la chirurgie serait borné par les empiètements constants de la thérapeutique médicale. Une revanche de la chirurgie est en voie de se produire. La chirurgie du sympathique et la neurochirurgie rétablissent l'équilibre en guérissant des maladies pour lesquelles la médecine est à peu près impuissante. On projette encore de faire faire aux chirurgiens des études supplémentaires et de leur délivrer un certificat spécial.

Conclusions : Sur un terrain aussi mouvant, on ne saurait bâtir un programme définitif, voire même de longue durée. Il serait nécessaire d'instituer une Commission de réforme des études médicales qui fonctionnerait sinon en permanence, du moins périodiquement. Les Facultés et Ecoles de médecine devraient être rattachées au ministère de la Santé publique et détachées des Universités, à l'exemple des Ecoles vétérinaires qui dépendent du Ministère de l'Agriculture.

En outre, nous croyons fermement que sans une profonde réorganisation hospitalière, on ne saurait aboutir à une réforme sérieuse des études médicales.

J. NOIR.

POUR LE RÉTABLISSEMENT DES COMMISSIONS RÉGIONALES

La loi du 10 septembre 1942 doit être amendée

« *Les décisions doivent bien venir d'une autorité supérieure, mais à la condition que celle-ci soit informée, éclairée par les groupes corporatifs eux-mêmes* ».

Dixit Monsieur Lagardelle, ministre du Travail, parlant naguère de l'économie dirigée. Ce qui est vrai pour la production industrielle et pour le commerce l'est aussi pour l'organisation de la médecine. C'est la méconnaissance de ce principe qui a entraîné depuis la création de l'Ordre, le malaise de notre Corporation.

La nouvelle constitution que nous apporte la loi du 10 septembre 1942 permet-elle d'assurer cette information du chef par les conseils de la Corporation ? Certainement non ! L'étude de l'article 12 de la loi nous montre que le secrétaire d'État peut consulter le Conseil national sur toutes choses, et notamment sur les questions relatives à l'organisation de la médecine sociale et sur les problèmes de la santé publique intéressant le Corps médical ; mais les relations prévues entre le Conseil national et les Conseils départementaux ne sont prévues que de haut en bas : le Conseil national coordonne l'action des Conseils départementaux et leur adresse toutes directives en vue de l'accomplissement de leur mission. Les Conseils départementaux restent de simples organes d'exécution ou plutôt de transmission ; pris entre l'arbre et l'écorce, ils ont à faire appliquer par leurs ressortissants des mesures sur lesquels ceux-ci, et les Conseils eux-mêmes, n'auront pas été consultés. Le malaise médical risque de s'éterniser.

Le nouveau Conseil national, nous dira-t-on, se composera en majeure partie de membres élus par les collèges départementaux. Certes ! mais sans même s'arrêter au fait que les premiers Conseils départementaux, donc le premier Conseil national,

seront issus d'un suffrage restreint et demi-officiel, il faut remarquer que d'une manière générale chaque région n'y peut avoir qu'un seul représentant et qu'il sera fort difficile à celui-ci de se tenir en contact permanent et intime avec les divers collèges départementaux de sa région.

En mai 1941, le Conseil national avait prévu la création de Commissions régionales, intermédiaires entre l'Ordre et les directeurs régionaux de la Santé, et chargées aussi d'assurer la liaison entre les divers Conseils départementaux d'une même région. A-t-on redouté que la cohésion ainsi réalisée ne donne à ces Conseils et à la Commission qui les groupe une force mise au service d'une certaine indocilité ? Nous ne voulons pas le croire. Toujours est-il que la loi du 10 septembre 1942 les a supprimés.

Nous pensons que rien n'ira correctement dans notre profession et dans les conséquences sociales de notre activité tant que ne sera pas solidement établie entre l'autorité et les exécutants cette liaison bien définie par Monsieur Lagardelle. Un Conseil national qui ne s'éclaire pas auprès de la masse du Corps médical représentée par son premier échelon, le Conseil départemental, est mal renseigné, il éclaire mal le secrétaire d'Etat.

Nous souhaitons le rétablissement du Conseil régional composé de délégués des Conseils départementaux et aux séances duquel assisterait obligatoirement l'élu de la région au Conseil national. Celui-ci serait ainsi en liaison bien organisée avec les Conseils départementaux ; les membres de ceux-ci en contact permanent avec la masse des médecins ne peuvent pas ignorer leurs opinions et leurs réactions. Avec un Conseil national mieux informé, nous aurons un Ministre mieux éclairé ; cela ne nuira pas, bien au contraire, à son autorité et tout ira mieux, nous en avons la conviction.

Nous pensons dire que la loi du 10 septembre 1942 doit être amendée par le rétablissement des Commissions régionales qui devront voir leurs attributions bien définies et être dotées d'une existence légale.

Dr HUMBEL.

LES RÉPERCUSSIONS MÉDICO-SOCIALES A LA CAMPAGNE DE LA « RETRAITE DES VIEUX TRAVAILLEURS »

On peut dire de la loi sur la « retraite des vieux travailleurs » qu'elle est la loi la plus humainement sociale qui ait vu le jour en France ces derniers temps. En gestation depuis de nombreuses années, elle fut ballottée au gré des tumultueuses passions qui agitèrent nos turbulentes autant qu'impuissantes Assemblées et risquait de ne jamais voir le jour, si la pensée lucide, le sens social et l'action directe du Maréchal ne l'avaient brusquement tirée de l'ombre... et ce sera pour notre « Chef », un des titres les plus émouvants à la reconnaissance du peuple !

Le principe en est simple mais combien éloquent ! « A partir de 65 ans, nul travailleur ne doit plus avoir à gagner son pain, il doit lui être assuré par la Société, s'il n'a pu se l'assurer lui-même ».

Arrivé à ce stade de sa vie, le vieux travailleur a suffisamment prodigué son labeur quotidien pour avoir droit à un repos bien gagné. Il ne doit plus rien aux autres, ce sont les autres qui lui doivent tout.

Les nécessités du moment et la précarité de nos finances ont obligé le Gouvernement à restreindre l'application de la loi provisoirement aux seuls salariés ou non, qui ont gagné leur vie à la « sueur de leur front ».

Ainsi le vieux travailleur aura licence de consacrer aux loisirs qui lui plairont les dernières années de sa vie, débarrassé des soucis de « la matérielle » au seuil du grand et de l'ultime voyage, jouissant de cette halte salutaire avant l'éternel repos !

Ainsi pourra-t-il finir ses jours au sein de sa famille, au milieu des siens, parmi les jeux et les rires de ses petits-enfants, les voir grandir et s'épanouir dans leur superbe et impatiente adolescence... après quoi, il pourra partir l'esprit tranquille, la conscience en repos et le cœur apaisé !

Telles sont, du moins à la campagne, les conséquences les plus directes de la « retraite des vieux travailleurs ».

Qu'arrivait-il auparavant jusqu'à la promulgation de la loi ?

Dans la majorité des cas, les familles paysannes ne disposaient pas de ressources suffisantes pour pouvoir conserver et nourrir dans leur domicile « des bouches devenues inutiles », malgré les « allocations de vieillesse » trop chichement mesurées jusqu'ici. Force était donc trop souvent de se résoudre à faire admettre » à l'hospice », les pauvres vieux que l'on ne pouvait plus garder !... Là, loin des leurs, il ne leur restait plus qu'à attendre... la décision des Parques !

On voit donc combien j'ai raison de baptiser cette loi sur la retraite des vieux, la loi la plus humainement sociale !

Les ressources encore trop restreintes, mais qui ne manqueront pas sans doute d'être progressivement élargies, leur permettent désormais, soit de conserver leur modeste foyer, soit de vivre près des leurs et de se rendre encore utiles à tous « en bricolant », au lieu d'être enfermés dans une désespérante inaction et un morne ennui !

A la campagne, ils rendent de multiples services, gardant les vaches, s'occupant du bûcher l'hiver et du jardin l'été, donnant même à l'occasion un coup de main aux travaux agricoles, si leurs forces le leur permettent encore, tandis que les « vieilles de chez nous » s'affairent près des marmousets, ou surveillent le « pot-au-feu » tout en ravaudant quelque chaussette ou en tricotant quelque lainage.

On voit combien leur « standard » de vie est, du fait de leur retraite, grandement supérieur à celui qui leur était antérieurement départi.

Pour toutes ces raisons et aussi à cause de l'appoint appréciable des allocations mensuelles, les familles tiennent à les conserver... et à les utiliser !

La conséquence immédiate de cet état de choses, c'est la désertion et le vide de nos hospices et asiles départementaux. Alors qu'auparavant les dossiers de placement s'accumulaient, en attendant les places disponibles, depuis l'application de la loi, le recrutement s'avère rarissime ! Les « entrants » sont extrêmement rares, en tout cas, beaucoup plus réduits que les « sortants », de telle sorte que la quantité des « hospitalisés » fond à vue d'œil. Nul doute que, d'ici quelques années, ces établissements ne soient à peu près déserts et qu'il faille prévoir pour certains d'entre eux une autre destination ! ! A mon avis, il faut, à bref délai, se préoccuper de cette éventualité.

Mais, du point de vue médical, il est une autre conséquence qu'il faut aussi envisager.

L'hospitalisation des vieillards ne couvrait pas seulement les soins matériels, mais assurait aussi les soins médicaux non moins nécessaires et réclamés par l'âge même des pensionnaires.

« Le vieux retraité » trouvera-t-il à son domicile ou à celui de sa famille les mêmes avantages ? On peut en douter ...

S'il ne peut compter que sur sa trop modeste retraite, il lui est impossible de faire face aux frais de toute affection de quelque durée ...

S'il est hébergé au sein de sa famille, il faudra compter avec l'esprit de lucre et la dureté de cœur souvent trop répandus dans le milieu paysan et il est à craindre que, dans ces conditions, les soins de santé soient déficients et qu'il soit exposé à pâtir !

D'autre part, puisqu'il n'est plus salarié, que la modestie de ses ressources ne lui permet pas de continuer à cotiser aux Assurances sociales et qu'il a passé l'âge qui l'oblige à versements, il n'a plus à compter sur les prestations de ces dernières.

On dira bien que l'Assistance médicale gratuite peut suppléer à cette déficience. Mais n'est-elle pas laissée dans nos communes à l'appréciation des Maires et des Commissions d'assistance ? Nous en connaissons, nous médecins campagnards, toutes les lenteurs et parfois... toutes les partialités. Elle est et reste plus une faveur qu'un droit...et c'est tout dire !

Il faut que « *le vieux travailleur retraité ne jouissant que de sa retraite » puisse se voir assurer, sans conteste les soins médicaux.* Il ne doit pas avoir à les quémander, ils sont le complément indispensable de sa retraite... Ils devraient être pour lui un droit absolu puisque aussi bien ils lui seraient assurés en cas d'hospitalisation !

Il suffira, je pense, de signaler cette lacune, pour qu'il y soit remédié. *L'Assistance médicale gratuite est le complément de droit du retraité, réduit à sa retraite,* à moins qu'on ne veuille compter sur la générosité trop souvent prodiguée de médecins, eux-mêmes parfois aussi impécunieux ! !

Paul DURAND (Courville).

LA NOUVELLE NOMENCLATURE DES ACTES MÉDICAUX

Deuxième série de constatations faites par le Dr Fernand DECOURT

Dans un premier article (1), j'avais fait quelques «regrettables constatations » m'obligeant à déclarer que : « *celle nouvelle Nomenclature, en ce qui concerne les actes de pratique médicale courante* (*P. M.*), *dénote une réelle méconnaissance de celle pratique même, un certain dédain pour les actes accomplis journellement par les simples praticiens, un danger d'incompréhensibilité pour ceux-ci de certaines parties du texte et parfois même d'impossibilité d'application de celui-ci au point de vue pratique* ». Et je donnais à la suite « quelques exemples ». Ceci me valut un stock copieux de lettres de confrères, presque toutes approuvant mes déclarations, sauf deux ou trois. Parmi ces dernières, je tiens à citer (à tout seigneur tout honneur !) celle du Docteur VINCENT membre du Conseil national de l'Ordre des médecins. Je regrette de ne pouvoir transcrire *in extenso*, faute de place en ces temps de restrictions du papier, la lettre de cet excellent confrère. Néanmoins, j'en citerai deux passages, d'ordre général, et caractéristiques de l'état d'esprit que je déplore chez certains...

Le Docteur Vincent m'écrit, entre autres choses : «..... D'abord vous ne paraissez pas avoir compris « l'esprit » de la nouvelle Nomenclature. Vous paraissez considérer comme « un progrès » toute augmentation de la rémunération du médecin et comme « un recul » toute diminution..... » Eh oui ! confrère, j'avoue cette faiblesse alors que le coût de la vie, pour le praticien, n'est nullement « en recul », et que, en dehors de la pratique médicale courante (P. M.), je note pour « les privilégiés » une augmentation moyenne de 50 à 60 % et plus... C'est ce que vous appelez avoir « rétabli une *juste proportion* entre la rémunération des divers actes ». Je n'insiste pas.

Le Docteur Vincent m'écrit encore : « Les actes non précédés d'un astérisque sont remboursés en plus de la consultation ou de la visite lorsque celle-ci a eu lieu *effectivement.* Qui pourra en être juge, dites-vous ? Mais vous-même, médecin praticien et votre client... » Il y a là une méconnaissance candide du rôle de tout Tarif ou de toute Nomenclature, à savoir : servir de base, de critère, à tout contrôle, tout arbitrage ou tout jugement en cas de différend entre le médecin ou son client d'une part et le Tiers-payant ou Tiers-remboursant d'autre part. Or, le médecin ou son client ne peuvent pourtant pas être, à la fois, juges et parties...

Un autre confrère me dit que j'ai rassemblé avec soin quelques « imperfections » que présente la Nomenclature, comme toute œuvre humaine, mais que je serais bien embarrassé de continuer mes « quelques exemples ». Hélas ! c'est là une erreur. J'en ai donné six dans mon premier article, je vais précisément aujourd'hui en donner un septième, huitième, etc.., et de bien plus graves, pour certains, que les premiers. Donc, je continue...

***

— **7° Minorations de 50 %, en cas d'interventions concomitantes...** (Utilisation de la Nomenclature — V). — « ... b) *Actes de pratique médicale courante* (*ou de petite chirurgie* (P. M.) : l'acte affecté du coefficient *le plus élevé est remboursé au tarif prévu ; le suivant est remboursé au demi tarif ; au-delà du deuxième acte, il n'est effectué aucun remboursement.* — c) *Actes affectés du même indicatif* (SAUF P. M....).

1° *Lorsque tous les actes sont affectés d'un symbole dont le coefficient est égal ou inférieur à 7, ils sont remboursés au tarif prévu* SANS RÉDUCTION... ». (Il n'y a, en effet, de réduction que lorsque plusieurs actes concomitants sont supérieurs à 7).

Pourquoi ces « deux poids et deux mesures » quand il s'agit de petites interventions, suivant qu'ils concernent, (*en pratique*) des catégories différentes de médecins ? Chiffrons ce règlement en prenant toujours pour exemple C ou H = 30 francs. a) *Pour les les praticiens* (*P. M.*). Prenons les trois interventions concomitantes suivantes : Pointes de feu (C. 0,6) + Cathéthérisme de l'urèthre chez la femme (C. 0,4) + Vaccination par scarification avec constatation du résultat (C. 0,4). Nous devrons compter : la première intervention = C. 0,6 ; la deuxième, C. 0,4 divisé par deux ; la troisième néant. Donc, pour ces trois interventions ou plutôt quatre avec « la constatation du résultat », le praticien devra réclamer : C. 0,6 + C. 0,2 = C. 0,8, soit 24 *francs*, prix *moindre* que celui de la consultation simple de 30 francs ! !

b) *Pour les médecins autres que simples praticiens.* — Prenons trois interventions concomitantes au-dessous du coefficient7 (toujours avec H = 30 fr.), soit par exemple : « Ablation de tumeur sous-cutanée (H 6) + Ponction articulaire au bistouri d'un orteil (H 6) + ablation d'un ongle (H.6). Le chirurgien sera en droit de réclamer 180 + 180 + 180 = 540 *francs, sans réduction aucune*, malgré la concomitance. Et cela afin de ne faire audit chirurgien « nulle peine, même légère ... ».

8° Tarification des pansements impossible à appliquer, en pratique. Voir Chap. II... B (petite chirurgie). On lit : « *Pansement petit* (C. 0,6). — *Pansement moyen* (C. 1). — *Pansement étendu ou multiple* (C. 2). » Ces trois points sont « astérisqués » donc NON remboursables au cours d'une visite ou consultation. J'ai déjà expliqué dans mon premier

(1) Voir le *Concours Médical*, 21 octobre 1942.

article l'incompréhensibilité de ce règlement, alors qu'en dehors de l'hôpital ou la clinique, un acte médical ne me paraît pouvoir être effectué qu'au cours d'une visite (au domicile du malade) ou d'une consultation (au cabinet du médecin). Je n'y reviens pas. Mais sur quoi je désire insister c'est sur l'*impossibilité pratique* — en cas de différend — de juger s'il s'était agi d'un pansement petit, moyen ou étendu. Pas de base, pas de critère !... Dans le Tarif des accidents du travail, il y a des divisions analogues pour les pansements des brûlures : il y en a même cinq. Seulement, on a pris soin de spécifier *sur quoi* était basée chaque catégorie, à savoir : Petite et moyenne brûlure (un ou deux doigts ou orteils, main, pied ou surface comparable) ; Brûlure comprenant deux segments de membre ou surface comparable ; grande brûlure comprenant trois segments de membre, etc... Grâce à ces précisions on est parvenu à une classification peu discutable et cela d'autant mieux qu'en cas de brûlures multiples, c'est sur « les surfaces additionnées » qu'on établit la catégorie. (Voir note 3 de l'art. 16). Dans la nouvelle Nomenclature, *rien de prévu* : quelle série de litiges en perspective !...

9° Accouchement avec forceps : (Chapitre VIII, ...2°) On lit : « *sont assimilés à l'accouchement normal... l'accouchement avec forceps à la vulve...* ». Il ne faut jamais avoir pratiqué un accouchement à la campagne (ou à la ville dans un milieu modeste) pour trouver « *normal* » un accouchement avec forceps — si « à la vulve » soit-il, lorsqu'on est seul, sans l'aide d'une compétence même relative et avec toutes les précautions antiseptiques à prendre. Praticiens, mes confrères, qu'en pensez-vous ?

10° Le forceps permis à la sage-femme. — Ce 2° du Chapitre VIII est astérisqué. Or, en tête du Chap. VIII, on lit : « *Les actes* **non** *marqués d'un astérisque ne sont remboursés que s'ils sont exécutés par un docteur en médecine* ».

Donc, la pose de forceps à la vulve, étant dans un chapitre marqué d'un astérisque, est un acte à rembourser même s'il n'est pas exécuté par un docteur en médecine, donc par une sage-femme. Et cela, malgré la Loi. Est-ce l'extension de celle-ci qu'on a voulu? Soit ! mais alors que ce soit la Loi même que l'on modifie...

11° Sutures (Voir Chapitre II. B, petite chirurgie). On lit : « *Suture simple par agrafes ou par fil* : 1, 2 ou 3 *points* : C. 0,6. — *Suture simple par agrafes ou par fil, plus de trois points* : C. 1 ». Ces deux sortes de sutures sont astérisquées. On ne peut donc *cumuler* leur notation avec celle d'une visite ou consultation. Il s'ensuit que si le praticien fait une suture de un à trois points, il doit bien se garder d'en parler, mais compter une consultation simple (C), car s'il avoue avoir commis cette suture, il n'aura plus droit qu'à C. 0,6, soit (avec C = 30 francs), 18 francs au lieu de 30. — D'autre part, si la suture a « plus de trois points », soit 4, 6, 12, 15 points, le *maximum* à compter sera C. 1 (sans cumul, puisqu'il y a astérisque) donc le prix d'une consultation simple. Est-ce cela qu'ont voulu les auteurs de la Nomenclature ? Evidemment non ! Et pourtant, texte en main, c'est bien ce qui est écrit ...

12° Injections sclérosantes. — Un confrère de Paris, (spécialiste pour varices et ulcères de jambe d'après l'en-tête de sa lettre) me signale l' « anomalie » suivante.

« *Injection intraveineuse ou hémothérapie* : C. 1,2. — *Injection sclérosante, par séance* : C. 2 ». — Fort bien ! mais (et je l'ai constaté sur le texte moi-même) la première formule est *sans* astérisque et la seconde *avec* astérisque. Il s'ensuit, dit le confrère, qu'une simple injection intraveineuse sera remboursée C.1 + C. 1,2 soit C. 2,2, alors que la séance d'injections sclérosantes pour traitement de varices ou d'hémorroïdes, séance qui comporte souvent 2, 3, 4 injections sclérosantes (tout de même plus délicates qu'une simple injection dans une veine du pli du coude) sera remboursée seulement C. 2. N'est-ce pas incohérent ?... » conclut-il.

13° Diminutions d'honoraires à prévoir. — Un autre confrère (de la Vendée celui-là) m'envoie un tableau de divers prix, avec C égalant 25 francs, chiffre qu'il prévoit en son département. Il résulterait de la nouvelle Nomenclature — par rapport aux prix de 1935 — toute une série de *diminutions* des honoraires du médecin praticien, ce qui, à côté de l'augmentation dans les chapitres autres que **P. M.**, est plutôt impressionnant. Il conclut : « On s'est moqué de nous, purement et simplement ».

***

Est-ce assez d'exemples ?... D'autres confrères, enfin (omnipraticiens évidemment) qualifient la Nomenclature de « charabia, incohérence, injustice flagrante, hostilité envers les praticiens, etc... ». Je n'aime pas les outrances de langage. Je me contenterai donc de conclure en disant que cette nouvelle Nomenclature, en ce qui concerne la pratique médicale courante (**P. M.**) est parfois **incompréhensible**, parfois **inapplicable** et toujours **inégale**, suivant qu'elle s'applique, ou bien aux privilégiés que nous appellerons « les Patriciens », ou bien à la **P. M.** — Initiales qui semblent, décidément, signifier « la Plèbe Médicale »...

Dr Fernand DECOURT.

CHEZ LES CORPORATISTES

Nous recevons du Docteur GUÉRIN *la note suivante, que nous nous faisons un devoir de publier :*

«..... Deux mots pour finir au journaliste médical qui, dans une de nos revues professionnelles les plus lues, s'est exercé, au long d'un compte-rendu acidulé, à la déformation de nos thèses... « Ces farouches antiparlementaires ne songent, tout imbus qu'ils en sont malgré eux, qu'à recréer le parlementarisme au sein de la profession, ces antilibéraux ne cessent pour eux-mêmes de revendiquer des libertés, ces révolutionnaires autoritaires appliquent leurs idées partout ailleurs que dans leur corporation : l'autorité doit, bien entendu, régenter tout le monde, sauf eux-mêmes »... Esprit facile, de petite qualité... Je ferais volontiers à M. J. M., l'honneur d'un cours particulier sur le sens de la formule-clé : Autorité en haut, Libertés en bas..., je lui montrerais comment le corporatisme est le seul moyen de concilier l'autorité indispensable à l'Etat avec les libertés professionnelles que nous entendons conserver : s'il manque de goût pour notre « horlogerie », je lui demanderais, au nom de la logique qu'il exige de nous, de nous exposer son système... Le juste milieu ne lui convenant pas, j'attends de lui un plaidoyer pour l'anarchie libérale ou la dictature marxiste : grand merci pour l'une ou pour l'autre...

Cette discussion ne serait d'ailleurs profitable que si notre persifleur ne nous avait pas compris : s'il fait semblant de ne pas nous comprendre, elle ne serait que temps perdu... Je n'en suis pas moins sensible à tous ses bons compliments sur mon « humour » ou mon « éloquence », mais j'aimerais mieux, quelle coquetterie, moins d'indulgence pour ma « voix d'or » et plus de justice pour mes idées ».

Nous exposerons notre point de vue dans le prochain numéro. J. M.

A TRAVERS L'OFFICIEL

A. M. G.

Par arrêtés des 20 et 28 octobre 1942, les villes de Versailles, Mantes-Gassicourt et la commune de Saint-Aignan (Loir-et-Cher) ont été autorisées à renoncer à l'organisation spéciale en matière d'assistance médicale gratuite.

(*J. O.*, 8 novembre 1942).

Défense passive

Décret du 13 *août* 1942 modifiant ainsi qu'il suit les règles d'indemnisation des engagés volontaires et requis civils de la défense passive :

« En cas d'incapacité temporaire de travail, les intéressés reçoivent une indemnité compensatrice de la perte subie dans le produit de leur travail habituel, sans toutefois qu'elle puisse excéder 60 francs par jour.

« A cette indemnité s'ajoutent les allocations familiales prévues par la législation en vigueur ».

(*J. O.*, 6 novembre 1942).

Exercice de la médecine

Médecins étrangers

Par arrêté du 22 octobre 1942, l'arrêté du 11 août 1942 portant interdiction d'exercer leur profession à certains praticiens d'origine étrangère est rapporté en ce qui concerne M. le Docteur FEDEROWSKI (Vladimir).

(*J. O.*, 11 novembre 1942).

Véhicules électriques

Arrêté du 30 *octobre* 1942 soumettant à l'homologation par une Commission d'essais nommée par le Secrétariat d'Etat à la production industrielle, tous véhicules à traction électrique par accumulateurs, réalisés sur des chassis neufs ou sur des chassis de véhicules primitivement équipés de moteurs thermiques.

Aucun véhicule ne pourra être livré à la clientèle ou mis en location par le constructeur s'il n'est conforme au prototype homologue.

Le constructeur doit délivrer à ses clients une copie de ce certificat d'homologation avec les notices d'usage, description, conduite, entretien, afin d'obtenir la réception du véhicule par le Service des mines.

Enfin copie du certificat d'homologation établie par le constructeur sera jointe à la déclaration de mise en circulation rendue obligatoire par l'art. 28 du décret du 20 août 1939.

(*J. O.*, 13 novembre 1942).

Nous rappelons à nos lecteurs que les numéros de Comptes de Chèques postaux du Concours Médical, du Sou Médical, de la Mutualité Familiale, sont respectivement les suivants :

Concours Médical Paris 167-95
Sou Médical Paris 182-31
Mutualité Familiale Paris 182-32



ÉCHOS & COMMENTAIRES

STOMATOLOGISTES ET CHIRURGIENS-DENTISTES. — LA CARTE T DES MUTILÉS ET INFIRMES. — CONVENTION HOSPITALIÈRE ; ASSISTANCE PUBLIQUE. UNION DES CAISSES. — SUR LA PRESCRIPTION DE DEUX ANS EN MATIÈRE D'HONORAIRES A. M. G.

Certaines doléances sont parvenues à nos oreilles, concernant l'assimilation faite par la loi du 10 septembre 1942 des stomatologistes aux chirurgiens-dentistes.

Voici comment s'exprime l'article 20 de la loi du 10 septembre :

« Dans chaque département, les praticiens de la profession dentaire admis à pratiquer leur art forment un collège départemental des praticiens de la profession dentaire qui groupe les médecins stomatologistes et les chirurgiens-dentistes et assimilés. Le collège possède des attributions corporatives identiques à celles du collège départemental des médecins ».

Cette confusion des stomatologistes et des chirurgiens dentistes sous l'étiquette commune de praticiens de l'art dentaire est évidemment fâcheuse. Elle pourrait s'interpréter comme une limitation de la capacité et de l'activité des stomatologistes aux seuls soins dentaires, alors que celles-ci débordent de beaucoup ce cadre restreint. Au point de vue moral en outre, un tel rapprochement peut aussi soulever des critiques.

Sous l'empire de la législation précédente, la situation était différente : Le Conseil départemental, groupant tous les médecins y compris les stomatologistes, comprenait une section dentaire, nettement distincte, dans laquelle n'entraient que les chirurgiens-dentistes. Il semblait donc y avoir séparation bien nette entre ces deux catégories de praticiens.

L'assimilation aujourd'hui critiquée est-elle aussi complète cependant qu'on veut bien le dire ?

***

Notons d'abord qu'il y a deux tableaux distincts et que les stomatologistes sont inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins dressé par le Conseil régional de l'Ordre, tandis que les dentistes figurent dans l'autre Tableau dressé par le Conseil régional complété par un stomatologiste et trois dentistes (art. 54). Les stomatologistes reçoivent ainsi un traitement très différencié et on peut le dire, très favorisé. En outre, pour tout ce qui concerne l'honneur, la moralité, la discipline de leur profession, les stomatologistes sont soumis à la juridiction des Conseils régionaux de l'Ordre et du Conseil national (art. 25). Ils sont donc jugés par leurs pairs, tandis que les chirurgiens-dentistes sont jugés par le Conseil régional dûment complété comme il est dit plus haut, c'est-à-dire par une majorité de médecins. Or, les questions de moralité et de discipline de la profession ne sont-elles pas les sources les plus fréquentes des dissensions entre stomatologistes et dentistes ?

A quoi donc se résumeraient les effets de la représentation commune des stomatologistes et des dentistes au sein du Collège départemental ? Aux seules attributions corporatives de celui-ci.

Au premier rang d'entre elles figure la répartition des matières premières : question irritante certes, mais il faut bien l'espérer transitoire.

Viennent ensuite des problèmes plus graves : le concours à fournir aux organismes administratifs

prévus par les diverses lois de médecine sociale, l'organisation professionnelle, et l'action en justice contre les illégaux. Dans ce domaine, des conflits irritants peuvent surgir : les dentistes, qui sont en majorité dans les Conseils des collèges, pouvant être tentés d'organiser la profession dans leur intérêt exclusif et de ne pas poursuivre certains individus qui, sans exercer illégalement l'art dentaire, exerceraient illégalement la spécialité stomatologique.

Un correctif à cette divergence possible de vues corporatives est apporté par l'article 24 de la loi du 10 septembre qui prévoit que tous les six mois, le Conseil du collège des médecins et celui du Collège des praticiens de l'art dentaire tiendront, sous la présidence du Président du Conseil du collège des médecins, une réunion commune où seront examinés les problèmes d'ensemble intéressant les deux professions. Sur les grandes lignes de l'action corporative, un accord pourra donc se faire dans un sens favorable aux intérêts des stomatologistes, mais dans la vie quotidienne, ceux-ci pourront être, au point de vue intérêts professionnels, traités en parents pauvres.

Il semble donc que serait bienvenue, une réforme qui réintègrerait les stomatologistes au sein de la communauté médicale dans les Collèges départementaux, ainsi qu'il en est déjà dans les Conseils régionaux et comme il en était, avant la loi du 10 septembre 1942, sous le régime de la loi du 7 octobre 1940.

***

L'arrêté du 11 décembre 1940 attribuait la carte T à tous les mutilés et infirmes, civils ou militaires, privés de l'usage d'un membre ou d'une fonction essentielle entraînant une notable diminution de la capacité de travail.

Le Ministère du Ravitaillement vient de décider que désormais les mutilés civils et militaires ne pourront être admis à bénéficier de la carte T que soit dans le cas de blessure ou d'infirmité entraînant un taux d'invalidité égal ou supérieur à 85 %, soit dans le cas d'amputation, paralysie, ankylose d'un membre inférieur entraînant un taux d'invalidité égal ou supérieur à 60 %.

***

Une Convention est intervenue le 16 octobre 1942 entre l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris et l'Union des Caisses d'Assurances sociales de la Région parisienne, réglant les questions posées par l'hospitalisation des assurés sociaux.

Entre autres choses, cette convention fixe le montant des *prix de journée* remboursés par les Caisses à l'Administration :

Pour la journée de médecine et de chirurgie : 80 % du tarif de l'A. M. G. de l'année en cours (non compris les honoraires médicaux) et ce, à dater du 1er juillet 1942, sauf modifications résultant du règlement d'administration publique prévu par la loi du 21 décembre 1941.

Pour la journée de maternité : pendant les 14 premiers jours : 100 % du tarif maternité de l'A. M. G. A partir du 15e jour, le prix de journée de médecine et de chirurgie ou de maternité est appliqué selon les motifs de la prolongation.

La convention fixe aussi le montant des *honoraires médicaux*, avis pris du Corps médical hospitalier.

Ces honoraires sont remboursés à raison de 80 % en médecine et chirurgie et de 100 % dans les services de maternité. Le paiement de la part incombant aux Caisses et aux assurés dans les honoraires ainsi déterminés est fait directement à l'Administration,

qui agit pour le compte du Corps médical hospitalier.

Services de médecine : 12 francs par jour, forfaitairement.

Services de chirurgie (y compris neurochirurgie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie) :

1° 30 francs pour soins préopératoires lorsque l'hospitalisation dépasse cinq jours ;

2° Somme égale au produit du coefficient de l'acte effectué, selon la nomenclature, par chiffre-clé de 3 fr. 50 ou 7 francs selon l'importance du coefficient ;

3° 7 francs par jour dans le cas où aucune intervention n'a eu lieu ;

4° 7 francs par jour à partir du 21e jour, sauf en cas de dépassement non justifié.

Services de maternité : 15 francs par jour.

Actes d'électroradiologie : 15 francs par acte (à l'exclusion des radioscopies autres que celles ayant pour objet la recherche d'un corps étranger).

Une telle convention qui contient des chiffres dépassant notablement, surtout en médecine, le tarif de réassurance, pourrait servir de modèle à certaines Commissions administratives hospitalières des villes centres d'enseignement.

* * *

Nos lecteurs connaissent déjà la jurisprudence obtenue par le « Sou médical » sur l'inopposabilité aux médecins de la prescription de deux ans, en cas de présentation tardive de leurs honoraires d'A.M.G. Ils se rappellent certainement les décisions des Conseils de préfecture interdépartementaux de Versailles (28 octobre 1928), de Rouen (15 octobre 1937), de Clermont-Ferrand (8 novembre 1937) qui ont ordonné le paiement de mémoires produits trois ou quatre ans après que les soins eussent été administrés.

Par un arrêté du 17 octobre 1942, le Conseil de préfecture interdépartemental de Versailles vient de confirmer, une fois de plus, cette jurisprudence au profit d'un pharmacien qui demandait en 1941, le paiement de fournitures pharmaceutiques s'échelonnant de 1921 à 1937. Bien qu'ayant été incontestablement négligent, le pharmacien a obtenu gain de cause. Le Conseil a estimé « que la prescription biennale de l'article 2.272 ne constitue pas un véritable mode de libération, mais est fondée sur une simple présomption de paiement ; d'où découle cette conséquence que ladite prescription ne peut être valablement invoquée lorsqu'il résulte de la défense même qu'aucun paiement n'a eu lieu ou lorsque le débiteur reconnaît expressément ou tacitement qu'il n'a pas payé ».

Affligé d'une comptabilité publique, le Préfet ne pouvait songer à prétendre que le paiement avait été fait et, malgré le règlement départemental d'assistance qui faisait siennes les dispositions de l'article 2.272 du Code civil, il a dû s'incliner.

Un conseil pour conclure : que nos lecteurs sur la foi d'une jurisprudence aussi favorable à leurs intérêts ne se laissent pas aller à trop grande insouciance en matière de recouvrement d'honoraires A. M. G., car à défaut de déchéance biennale, certaine prescription quadriennale, qui est d'ordre public celle-là, pourrait leur être valablement opposée ! Le mieux, n'est-il pas vrai, est encore, quand on le peut, d'observer les délais stipulés par le règlement départemental d'assistance.



CORRESPONDANCE

3.816. — Accidents du travail. La loi du 1er juillet 1938 n'est pas applicable aux accidentés agricoles

Depuis quelques mois déjà, suivant le conseil maintes fois donné dans les colonnes du *Concours Médical*, j'ai fait payer comptant les victimes d'accidents du travail, leur donnant ensuite une quittance pour se faire rembourser par la Compagnie d'assurances de leur patron.

J'agissais principalement ainsi envers les patrons agriculteurs bénéficiant de l'assurance-loi par une extension de la loi de 98. De plus, je les faisais payer le tarif actuel de l'Ordre des médecins qui est sensiblement plus élevé que le tarif des accidents du travail.

Or, ces jours derniers, deux agents d'assurances sont venus me trouver, me disant que je ne pouvais pas agir ainsi, que je n'en avais pas le droit, que j'aurais des ennuis et qu'un jour ou l'autre une Compagnie d'assurances transmettrait mon dossier au Ministère du Travail.

Qui croire ? A-t-on, oui ou non, le droit de se faire honorer par les victimes du travail ? Patrons ? ouvriers ou employés ? agricoles ou industriels ?

Si oui doit-on délivrer une quittance de la somme réellement perçue (Tarif de l'Ordre ?) ou décomptée au tarif Accidents du Travail ?

Que faire pour ne pas s'exposer à des ennuis ?

Sur quel texte s'appuyer ?

Dr B.

Réponse

Les agents d'assurances qui ont cru devoir vous mettre en garde contre les ennuis qui pourraient résulter pour vous de la transmission au Ministère du Travail de votre dossier, ont fait, volontairement ou non, une confusion.

Si, en effet, depuis le 1er janvier 1939, date d'application de la loi du 1er juillet 1938, modifiant certains articles de la loi sur les accidents du travail, le médecin traitant d'un accidenté du travail des professions non agricoles ne peut exiger le paiement de ses honoraires que du chef d'entreprise et seulement à concurrence du Tarif ministériel établi pour l'application de cette loi, il y a lieu de remarquer que ces dispositions restrictives ne s'appliquent pas lorsqu'il s'agit de soins donnés à un accidenté du travail agricole, qu'il soit ouvrier ou patron.

Il est dit formellement, en effet, par l'article 29 et dernier de la loi du 1er juillet 1938, que les dispositions de ladite loi ne seront applicables à l'agriculture qu'après que les modifications concordantes auront été apportées aux lois du 15 décembre 1922 et du 30 avril 1926 (lois sur les accidents agricoles).

Comme ces lois n'ont pas été modifiées depuis, le régime antérieur reste applicable aux accidents agricoles, c'est-à-dire que le médecin traitant d'un accidenté agricole conserve le droit de faire payer à son client, qu'il soit patron ou ouvrier, ses honoraires à un tarif autre que le tarif ministériel. La jurisprudence l'a reconnu à maintes reprises et vous pouvez continuer à agir comme l'indique votre lettre, lorsque vous aurez donné vos soins à des accidentés du travail agricole.

Vous pouvez, bien entendu, délivrer une quittance de la somme réellement perçue.

4.190. — Conditions légales du remplacement

Nous ne sommes pas d'accord au sein du Conseil de l'Ordre de notre département sur les titres exigés actuellement pour les remplaçants.

Dr P.

Réponse

Voici quel est le statut des remplaçants.
Peuvent effectuer des remplacements :

1° *Les médecins régulièrement diplômés à condition : que leurs diplômes soient enregistrés et déposés, et qu'ils aient d'autre port averti le Conseil de l'Ordre dont dépend le médecin remplacé ;*

2° *Les internes des hôpitaux et hospices français nommés au concours et munis de 20 inscriptions (art. 6 de la loi du 30 novembre 1892 modifiée par la loi du 6 mai 1922 et 28 mai 1941), à condition : qu'ils en aient reçu l'autorisation de la Préfecture et qu'ils se soient déclarés au Conseil de l'Ordre ;*

3° *Les étudiants ayant terminé leur scolarité (loi du 28 mai 1941) sous les mêmes conditions que précédemment.*

Les divergences actuelles sur cette question de remplaçant proviennent de la loi du 28 mai 1941 qui modifie le texte de la loi du 6 mai 1922 qui précisait alors que pouvaient effectuer des remplacements, les étudiants en médecine « ayant terminé leur scolarité et étant dès lors munis de 16 inscriptions »....

Enfin, il est à noter que le Conseil supérieur de l'Ordre avait émis un vœu, il y a quelques mois, aux termes duquel les externes des villes de faculté, munis de 20 inscriptions pourraient être autorisés également à effectuer des remplacements.

4553. — Rationnement et préoccupations « vitales » de l'heure présente

Il y a un an, en octobre 1941, j'ai demandé à être inscrit sur la liste des fumeurs, trois mois trop tard, paraît-il. Raison : mes clients étaient parfaitement généreux à ce moment et m'en offraient fréquemment. Et j'avais oublié la date-limite. J'ai constitué un dossier et en novembre 1941, ma demande a été rejetée sans explication et sans que je puisse en obtenir.

Depuis un an je suis obligé de vivre des amabilités de droite ou de gauche ou du marché noir dont les prétentions montent d'une manière inquiétante.

Il y a un fait illogique : l'Administration des Contributions indirectes m'ignore comme fumeur, mais celle des Contributions directes me connaît comme taillable et corvéable.

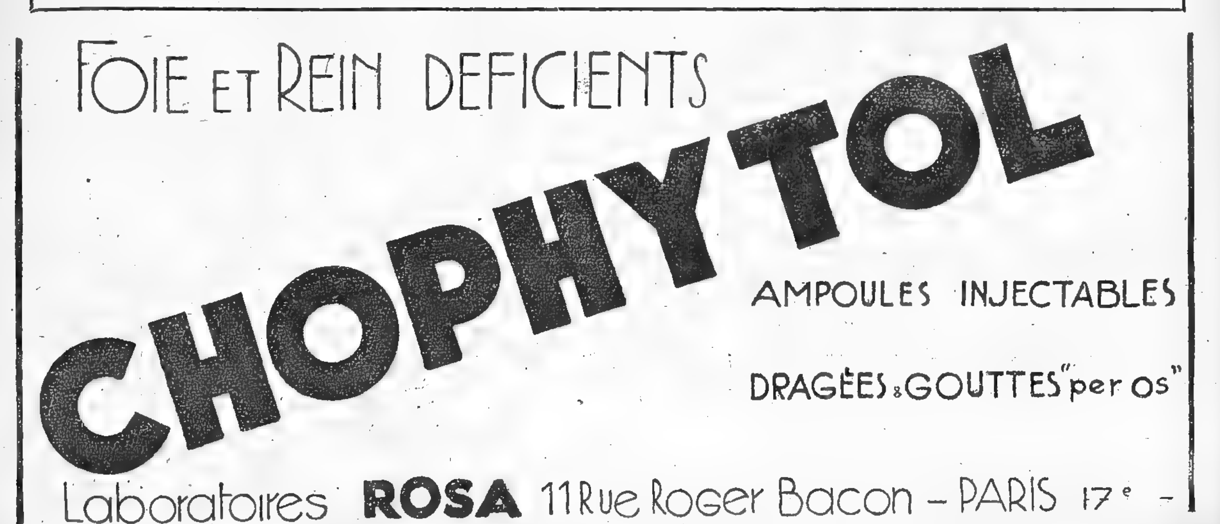
Puis-je tabler sur cet illogisme pour refaire une nouvelle demande ?

Et en cas de refus, pour ennuyer ces désagréables Messieurs, puis-je déduire, lors de ma prochaine déclaration d'impôts de mars 1943, un chapitre de dépenses de tabac, dépenses onéreuses parce que relevant du marché noir, l'Etat ne voulant pas reconnaître ma qualité de fumeur.

Dr F.

Réponse

Vous avez été bien négligent de laisser passer la date d'inscription pour un produit qui, si nous devons vous croire, serait absolument « vital » pour vous. Mais à tout péché miséricorde, et la Direction des Contributions indirectes, elle-même, en a convenu, puisqu'elle a institué en septembre dernier une session de repêchage spécial pour tous les retardataires ; il suffisait alors de s'inscrire chez un débitant de son choix après avoir fait une démarche au bureau des Contributions directes dont dépendait son domicile. Que n'avez-vous fait le nécessaire ?



En tout cas, rien n'est encore perdu. Ecrivez à la Direction des Tabacs : 6 bis, rue du Cloître-Notre-Dame, en invoquant une excuse plausible pour votre retard — seriez-vous gêné pour en trouver une ? — et nous avons de fortes raisons de croire que vous obtiendrez gain de cause,

S'il en était autrement, au risque de décevoir votre désir de causer du souci aux Contributions directes, nous vous déconseillerions de recourir à l'originale compensation que vous méditez, car malgré quelques récentes et retentissantes officialisations, le marché noir est toujours en marge des lois. Or, certain adage de droit, survivance d'une époque évidemment moins âpre que la nôtre, dispose que « Nemo auditur turpitudinem suam allegans » !

3568. — Automobilisme.

Toujours le graissage des vélo-moteurs.

Voici que le n° 34 et 35 du *Concours* m'ouvre des horizons nouveaux. Je lis en effet dans la rubrique « Correspondance » sous le n° 2480 : « Est-il dangereux de mettre seulement 3 % d'huile .... comme dans certains vélo-moteurs de type récent ? ».

Quels sont ces types et le principe de vélo-moteurs récents qui n'utilisent que 3 % d'huile ? Pourriez-vous me donner quelques références ? Les plus récents à ma connaissance fonctionnent à 10 % d'huile ! (10 % ou 8 %).

D'autre part pourquoi donnez-vous à votre lecteur le conseil d'incorporer le moins possible d'huile ? L'éther serait-il dangereux pour le moteur ?

Dr B.

Réponse

Certains vélo-moteurs de types récents (Peugeot par exemple) n'utilisent en effet que 3 % d'huile. L'intérieur du cylindre est garni d'une chemise en acier nitruré.

De toute façon, on peut abaisser jusqu'à 5 ou 6 % la proportion d'huile sans danger avec les vélo-moteurs quelconques après rodage, à condition de ne pousser à fond que très exceptionnellement. L'éther est un carburant qui n'est pas fameux parce que trop détonant et c'est pour cette raison qu'il convient d'en employer la plus petite proportion possible.

Henri PETIT.

3.612. — Utilisation du mélange alcool-acétone

Vous serez bien aimable de me conseiller pour le choix d'un dispositif me permettant d'utiliser dans ma Simca 5 un mélange parties égales alcool-acétone que je puis me procurer. Je l'utilise déjà dans la proportion d'un tiers mélangé à l'essence que nous fournit l'Etat. Mais les reprises, sauf par temps très chaud, ne sont pas franches et le moteur tient mal le ralenti.

Dr C.

Réponse

J'ai fait des essais de marche à l'alcool sur la Simca 5. C'est la Société du carburateur Zenith qui m'a aidé le plus dans ces essais.

Le résultat obtenu a été bon, mais a entraîné le changement du carburateur. Il a fallu, en effet, remplacer le carburateur horizontal de série par un carburateur inversé.

H. PETIT.

Gérant : J. MIGNON — N° d'autorisation : **77** et **Pa 692** Imp. THIRON & CIE, Clermont (Oise)





CHLORO-CALCION





LABORATOIRES CORBIÈRE, 27, rue Desrenaudes, PARIS



SERUM ANTI-ASTHMATIQUE
DE HECKEL

AMPOULES de 5cc adultes – 2cc enfants – Injection sous cutanée indolore

SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE — Nos 49 et 50 — VENDREDI 11 DECEMBRE 1942

LE

CONCOURS MÉDICAL

379 à 381

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579 — Dr J. NOIR, Directeur — C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : **37, rue de Bellefond, PARIS (9e)** - Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Clinique médicale de l'hôpital Broussais-La Charité.* — M. le Professeur ABRAMI fait ses leçons cliniques le mardi à 10 h. 45.

— *Clinique oto-rhino-laryngologique.* — M. le Professeur LEMAÎTRE fera sa première leçon, à la Clinique de l'hôpital temporaire Piccini (6, rue Piccini), le 2 mars 1943.

— *Clinique médicale de l'hôpital Saint-Antoine.* — Leçons du Professeur LOEPER, le jeudi à 11 heures.

— *Clinique médicale de l'hôpital Cochin.* — Leçons du Professeur HARVIER, le samedi à 10 h. 30.

— *Clinique de la tuberculose de l'hôpital Laënnec* (Professeur Jean TROISIER : Prof. agrégé BARIÉTY). — Tous les mardis, à 10 h. 30, leçon clinique et présentation de malades.

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine........	120 francs
Étudiants..................	80 francs
Le Numéro........	5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

— **Hôpitaux de Paris.** *Concours d'assistant de chirurgie.* — Sont nommés assistants de chirurgie des hôpitaux de Paris: MM. Roux, Cauchois, Poilleux, Léger, Billet, Lortat-Jacob, Chevallier, Delinotte, Beuzart, Mathey, Rouvillois, Chigot.

— *Concours de médecin des hôpitaux* (sous-admissibilité, 12 places). Classement : MM. Debray, Turiaf, Bolgert, Facquet, Brouet, Thieffry, de Graciansky, Laplane, Domart, Bouvrain, Duval et Gaultier.

— *Concours d'attaché d'électrologie-radiologie.* — Sont nommés : M. Noix, Mlle Mottez, MM. Loiseau, Vedel, Angamarre, Bourdon, Corrion, Levecq.

— *Concours de l'externat.* — Jury : MM. Jean Lereboullet, Benoist, Poumailloux, Bousser, Mouchet, Cordier, Petit, Boudreaux, Dollfus.

— **Collège de France.** — Le cours du Professeur LERICHE commencera le vendredi 6 janvier 1943, à 18 heures, amphithéâtre 6, et se continuera les lundi et vendredi à la même heure.

Objet du cours : Lois de la pathologie circulatoire. Physiologie pathologique des maladies de la vaso-constriction. La vaso-constriction artériolaire. Les maladies du froid. La maladie traumatique. La maladie post-opératoire. Le choc. La maladie de Raynaud et ses variétés. L'hypertonie artérielle et l'hypertension. Les maladies de la vaso-dilatation. Les maladies de la thrombose : les artérites oblitérantes.

Le premier cours portera sur : L'esprit de thérapeutique dans la chirurgie.

— **Hôpital d'Orléans.** *Concours d'urologiste adjoint.* — Un concours pour une place d'urologiste adjoint de l'hôpital d'Orléans aura lieu à l'Ecole de

médecine de Tours le 15 décembre 1942. Pour renseignements, s'adresser à M. le Directeur général des hôpitaux d'Orléans.

— **Médaille des épidémies.** — La *Médaille de bronze* des épidémies a été décernée au médecin-lieutenant de réserve ZARACHOVITCH (Marcel), région de Paris, oflag IV-C et stalag 325 ; aux médecins auxiliaires ABRAMOVICI (Michel), 22e section d'infirmiers militaires, stalag III-B, et COPPÉRÉ (Henri), 13e section d'infirmiers militaires, stalag X-B.

— **Citation à l'Ordre de la Nation.** — Le Gouvernement cite à l'Ordre de la Nation, M. le Docteur GANASCIA (Gabriel), médecin communal à Tlemcen : a combattu avec le dévouement le plus absolu et un mépris total du danger, l'épidémie de typhus, jusqu'au moment où il a contracté lui-même la maladie dont il devait être la victime.

La médaille d'Or des épidémies a, d'autre part, été décernée, à titre posthume, à M. le Docteur Ganascia, par arrêté du 6 novembre 1942.

— **Naissances.** — Nous apprenons la naissance de Bertrand GÉNY, douzième petit-enfant du Professeur Maurice Perrin, de Nancy ; d'Isabelle-Marguerite-Lucienne HOCQ, fille du Docteur William Hocq (Trélon, Nord) ; de Pierre GOUFFRANT, second fils du Docteur Jean Gouffrant (Saint-Martin-de-Hinx, Landes, 14 novembre 1942) ; de Jean-Michel MULLER-FAUCHÈRE, fils du Docteur Jean Muller (Saint-Mandé, 8 novembre 1942) ; de Jean-Paul LOISANCE, troisième enfant du Docteur Loisance (47, rue Saint-Hélier, Rennes, 21 novembre 1942) ; de Jean-Pierre BOURDET, fils du Docteur Bourdet (Artix, Basses-Pyrénées) ; de Martine LAFFITTE, cinquième enfant du Docteur Laffitte (17, rue Adoue, Oloron, Basses-Pyrénées, 14 octobre 1942).

— **Nécrologie.** — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Docteur GONDRAND, père du Docteur Alain Gondrand, de Tullins (Isère).

— Le Docteur ROGERY, actuellement à Mens, Isère, (autrefois, 9, rue de l'Abbaye, Antony, Seine), nous fait part du décès de Madame ROGERY, sa femme et mère du Docteur A. Rogery, médecin de l'Ecole régionale des Chefs de Collonges-au-Mont-d'Or.

Comité national de l'Enfance

A la demande du Secrétariat à la Santé, le Comité national de l'Enfance a ouvert une enquête sur l'état sanitaire actuel des jeunes.

Ce sont les résultats de cette enquête qu'exposaient le 24 novembre dernier, devant la Société médicale du XVIIe arrondissement, les Docteurs J. Huber et Rouèche. Elle a porté principalement sur la région parisienne et accessoirement sur la province d'où certaines organisations ont envoyé des renseignements précieux.

A tous les âges, la sous-alimentation actuelle fait sentir ses néfastes répercussions : insuffisance de poids chez les nouveau-nés, retards de croissance chez les jeunes enfants, tuberculoses à formes aiguës et accidents cutanés de toutes sortes à l'âge scolaire. Il survient aussi des syndromes irréversibles où les dégâts causés ne peuvent être réparés par aucun traitement. La race est menacée dans ses sources vives et ce n'est pas un des moindres périls de cette guerre.

Sur l'intervention du Docteur Lesné auprès des autorités du ravitaillement, quelques mesures fragmentaires ont pu être prises. C'est peu de chose, mais il existe d'inéluctables impossibilités. L'administration de vitamines pare en partie aux carences alimentaires.

Le Comité National de l'enfance pousse un cri d'alarme. Mais qu'en adviendra-t-il dans cet asile d'aliénés qu'est devenu le monde ?

G. L.

Accidents du travail

Une réforme urgente : L'extension de la loi du 1er juillet 1938, aux accidents agricoles

Je relève dans le numéro du *Concours* du 21 novembre 1942, une demande de renseignements fort intéressante, concernant les tarifs applicables aux blessés du travail agricoles traités dans un établissement hospitalier public ou privé.

C'est le problème scandaleux de la loi du « tout compris » qui est ainsi posé et dont la solution devrait intervenir très rapidement.

Les chirurgiens des centres ruraux, en effet, opèrent tous les jours, soit à l'hôpital, soit en clinique privée, des blessés du travail agricole. Il s'agit presque toujours d'accidents graves, surtout au moment de la moisson : accident de faucheuses, machines à battre, tracteurs, entraînant des lésions importantes des membres ou des viscères et nécessitant, soit une opération urgente (laparotomie, traitement des fractures ouvertes, trépanation, transfusions sanguines), soit la mise en observation en milieu chirurgical pour examen complémentaire (radiographie).

On conçoit facilement que, pour des soins chirurgicaux aussi importants, les frais engagés sont à l'heure actuelle considérables et dépassent largement le prix de journée calculé sur le prix de l'A. M. G. plus 30 %, accordé généreusement par la loi du « tout compris ». D'autre part, il est encore scandaleux de voir l'acte chirurgical non rémunéré par les Compagnies d'assurances qui constituent encore un des organismes capitalistes le plus égoïste vis-à-vis de la Corporation médicale.

Je dois cependant rendre hommage à quelques Compagnies d'assurances qui, conscientes de l'injustice de la loi, acceptent de passer des contrats individuels pour que les chirurgiens en clinique privée soient remboursés du prix de journée d'hospitalisation et des honoraires chirurgicaux basés sur le tarif actuellement en vigueur des accidents du travail.

Je suis certain que tous les chirurgiens de province, approuveraient une révision de la loi agricole des accidents du travail, révision qui mettrait simplement sur le même plan, les accidentés du travail agricole et les accidentés du travail d'entreprises ou d'usines, pour le remboursement des frais d'hospitalisation, des honoraires chirurgicaux et des spécialités.

Au moment où la Corporation médicale semble vouloir s'organiser malgré les difficultés actuelles, nous pensons qu'il serait opportun de voir les représentants qualifiés de cette Corporation, insister auprès des Pouvoirs publics, pour modifier la loi de 1898 dans le sens que nous venons d'indiquer. Qu'on ne vienne pas invoquer surtout la lenteur de procédure, invoquée autrefois en raison de la lenteur des différents rouages administratifs et politiques de la IIIe République défunte, alors que nous sommes sous un régime autoritaire qui peut prendre immédiatement une décision.

Souhaitons pour conclure, de voir aboutir très rapidement, notre juste et équitable réclamation.

Docteur Daniel BENOIST,
chirurgien à Luzy, Nièvre.

Livre d'Or du Corps médical Français

Légion d'honneur

Pour chevalier :

GUÉNARD (Raymond-André), médecin lieutenant : Médecin lieutenant d'une conscience et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. Au cours de la bataille de la Somme, s'est toujours tenu à l'échelon le plus avancé pour assurer son service. A été tué glorieusement à Orléans (Loiret), le 16 juin 1940, au cours d'un violent bombardement.
A été cité.

(*J. O.*, 29 octobre 1942).

Bibliographie

Imprimerie E. RONDIEU, Carcassonne

Rennes-les-Bains. — Dr P. COURRENT, correspondant de la Société d'Hydrologie de Paris, vice-président de la Fédération médicale, thermale et climatique des Pyrénées, médecin consultant. Préface du Professeur J. VIRES. Illustrations.

Dans cette monographie historique, scientifique, médico-thermale et touristique consacrée à Rennes-les-Bains et ses alentours, l'auteur présente un coin des Pyrénées, remarquable à la fois par ses ressources thermales et son intérêt pittoresque.

Les malades et les touristes trouveront dans ce volume, toutes les précisions désirables et ne pourront manquer de concevoir l'envie de visiter une station aussi brillamment présentée.

La plus grande partie de l'ouvrage consiste en l'exposé des applications thérapeutiques des sources de Rennes, leurs indications et contreindications. Par leur composition, elles doivent être classées parmi les oligométalliques sulfatées calciques et magnésiennes, carbonatées mixtes, chlorurées sodiques faibles et ferrugineuses. Les sources chaudes sont indiquées pour le traitement des algies (névralgies, sciatiques, rhumatisme musculaire), des arthrites dégénératives, des arthrites inflammatoires, de la goutte et du rhumatisme goutteux. La source des thermes romains a une action favorable dans les maladies de l'utérus, les varices et les phlébites. Les sources froides ferrugineuses conviennent aux anémiques, aux chlorotiques, aux lymphatiques et aux scrofuleux.

Le Docteur P. Courrent termine son ouvrage par des considérations météréologiques et un exposé touristique qu'apprécieront les baigneurs de Rennes.

J. NOIR.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil Supérieur

(*Communiqué*)

Le Conseil supérieur porte à la connaissance de l'ensemble des médecins une lettre qu'il a reçue de M. le secrétaire d'Etat à la Santé et le projet de convention qui l'accompagnait.

Les médecins volontaires devront s'adresser, soit au Conseil supérieur, 60, boulevard La Tour-Maubourg, soit au secrétariat d'Etat à la Santé, 7, rue de Tilsitt, Paris.

« Les hautes autorités d'occupation m'ont fait connaître qu'elles recherchaient actuellement six médecins pour assurer à titre bénévole le service médical

de bataillons de travailleurs civils en Allemagne. Ces médecins seraient répartis en trois équipes de deux, chaque équipe devant obligatoirement comporter un médecin à compétence chirurgicale.

« Le rôle de ces médecins serait d'assurer les soins d'urgence aux travailleurs et de collaborer au service de la défense passive en cas de nécessité. Vous voudrez bien trouver ci-joint copie d'un projet de contrat qui nous est soumis par lesdites autorités.

« Les hautes autorités d'occupation m'ont prié de bien vouloir vous saisir de cette question, et ont demandé s'il ne serait pas dans les possibilités de l'Ordre des médecins d'indiquer six volontaires pour le service ci-dessus.

Convention

Entre le trésor de l'Etat représenté par le délégué de l'Autorité militaire supérieure...... A.K.

et Monsieur :...............

Il a été arrêté ce qui suit :

1° Monsieur ..... se charge en qualité de médecin-chef (ou de médecin assistant) d'exécuter les examens et donner les soins médicaux aux personnes faisant partie du bataillon de travail L N° ..... et d'assurer également les premiers secours nécessaires, dans la limite où ceux-ci font partie de ses attributions et suivant les indications du commandant du bataillon ;

2° Les honoraires de Monsieur ..... sont fixés pour ses attributions de médecin-chef (ou de médecin assistant) á ..... RM par mois. Ils lui seront payés le 15 de chaque mois en cours.

b) (applicable *uniquement* au médecin marié dont la famille réside dans le pays d'origine, ou dans un pays où il s'est trouvé assimilé aux ressortissants du pays). Il recevra en outre une prime de séparation de 5 RM par jour pour la durée de l'engagement.

L'envoi de fonds en France est autorisé dans les limites des prescriptions sur le virement de fonds à l'étranger.

3° Les impôts prévus par la loi sur les Finances du Reich seront perçus sur les honoraires mentionnés au § 2 ainsi que sur l'indemnité d'entretien mentionnée au § 5. En outre, les sujets polonais seront frappés d'une taxe spéciale.

4° En cas de maladie entraînant une perte de capacité de travail, les honoraires continueront à être versés pour une durée de quatre semaines.

5° Monsieur ..... touchera une indemnité d'entretien calculée en raison de 1,20 RM par jour.

Pendant toute la durée de l'engagement, le logement lui sera fourni gratuitement.

6° Pour des raisons d'ordre militaire, Monsieur ... recevra un habillement du genre d'uniforme ainsi que les vêtements nécessaires à l'exercice de sa profession.

7° Les objets nécessaires à l'exercice de la profession médicale auprès du bataillon de travail, tels que instruments, médicaments, pansements, etc., seront fournis par le Reich.

8° Monsieur ..... se trouve assuré contre les accidents professionnels conformément à la législation sur les Assurances sociales en vigueur dans le Reich et au HDV 179. Toutes les autres questions ayant trait aux assurances seront réglées dans le cadre de la réglementation générale du Reich sur les Assurances sociales.

Dans le cas où les honoraires attribués dépasseraient le plafond des assujettis aux Assurances sociales, l'intéressé sera redevable, en cas de maladie, des frais de son traitement.

En cas de maladie grave, un proche parent pourra bénéficier de la gratuité d'un voyage, sous réserve que ce voyage n'aura lieu qu'une fois.





9° Après six mois de présence, Monsieur ..... aura droit à un congé d'une durée de deux semaines, les jours nécessaires au voyage étant comptés en plus.

Un congé de la même durée sera accordé au bout de chaque nouvelle période de six mois.

Le voyage d'aller et retour pour le congé bénéficie de la gratuité.

10° L'entrée en fonction et l'exercice de la profession sont réglés par les arrêtés du chef d'entreprise. Toutes les autres questions relatives au contrat de travail relèvent du règlement appliqué dans la dite unité.

11° Le contrat de travail peut être dénoncé par les autorités militaires avec préavis de deux semaines avant l'expiration du mois.

Barême de rémunération

Age	Médecin-chef	Médecin assistant
Moins de 27 ans..	RM 400	RM 327
27 ans révolus ...	RM 446	RM 370
29 » » ...	RM 484	RM 405
30 » » ...	RM 530	RM 433
32 » » ...	RM 530	RM 459
34 » » ...	RM 538	RM 485
36 » » ...	RM 564	RM 512
38 » » ...	RM 591	RM 560
40 » » ...	RM 617	RM 586
42 » » ...	RM 643	RM 612
44 » » ...	RM 670	RM 639

Conseil départemental de la Seine

Le Conseil de l'Ordre des médecins de la Seine est au regret d'aviser les confrères du département qui n'ont pas encore acquitté leur cotisation pour l'année 1942, que la quittance leur sera présentée, à domicile, à partir du 15 décembre, avec majoration de 10 francs pour frais d'encaissement.

A TRAVERS L'OFFICIEL

Allocations familiales

Loi du 18 *novembre* 1942

reportant sur le second enfant le montant total ou partiel de la prime à la première naissance, lorsque le premier enfant n'est pas né viable ou est mort avant l'âge de six mois.

(*J. O.*, 23 novembre 1942).

Assistance publique

Arrêté du 28 *octobre* 1942

fixant à 65 ans la limite d'âge du directeur de l'Assistance publique de Paris et permettant dans l'intérêt général de le maintenir en fonction jusqu'à l'âge de 68 ans.

(*J. O.*, 15 novembre 1942).

Exercice de la médecine
Médecins étrangers

1° MÉDECINS AUTORISÉS

Arrêté du 27 *octobre* 1942

Art. 1er. — Les praticiens dont les noms suivent sont relevés de l'interdiction édictée par l'article 1er de la loi du 22 novembre 1941 et, en conséquence, autorisés à exercer leur profession sous réserve de satisfaire par ailleurs à toutes les autres lois ainsi qu'aux décrets ou règlements régissant l'exercice de ladite profession :

Voir la suite page XIV-994

PARTIE SCIENTIFIQUE

DE LA CONDUITE QUE LE MÉDECIN PRATICIEN DOIT SUIVRE EN CAS DE CERTITUDE OU DE POSSIBILITÉ DE LA DYSTOCIE

Professeur J. VANVERTS

La question des morts d'enfants au cours de l'accouchement ou dans les jours qui suivent, mérite d'attirer l'attention des praticiens. C'est, en effet, à eux qu'échoit le rôle de diminuer le nombre encore trop considérable de ces morts puisqu'ils ont à dépister les causes pouvant exposer la vie de l'enfant — et parfois celle de la mère — et à prendre des mesures pour en supprimer les effets.

Parmi ces causes, la plupart peuvent être reconnues avant qu'elles aient exercé leur action néfaste et être efficacement combattues.

Ainsi en est-il pour les maladies de la mère — la syphilis en particulier — qui sont transmises au fœtus.

Il en est d'autres, qui provoquent la mort de l'enfant au cours du travail ou dans les jours qui suivent. Elles sont variées ; mais les deux plus fréquentes sont constituées par l'insertion *basse* du placenta et par le *rétrécissement du bassin.*

1º *Insertion basse du placenta.* — Malgré les hémorragies qui surviennent à la fin de la grossesse, l'accouchement s'effectue presque toujours dans des conditions favorables pour la mère et pour l'enfant. Il n'en est pas de même quand ces hémorragies se répètent et qu'elles deviennent abondantes. La mort de la mère et de l'enfant peuvent s'observer dans ces conditions, si une intervention appropriée, la césarienne en particulier, n'est pas effectuée avant le travail ou au cours de celui-ci.

Pour mettre le plus possible la femme et son enfant à l'abri de cette catastrophe, il est indispensable de placer la future accouchée dans les conditions où une intervention pourra être pratiquée au moment jugé utile, c'est-à-dire de la faire admettre avant l'accouchement ou au début de celui-ci dans une maternité ou dans une clinique.

2º *Rétrécissement du bassin.* — Tout médecin conserve le souvenir d'accouchements où un rétrécissement du bassin, s'opposant au passage du fœtus, a nécessité des manœuvres de force, pénibles et prolongées, qui ont abouti à l'extraction d'un enfant mort ou destiné à mourir quelques jours plus tard.

Tout rétrécissement du bassin n'entraîne pas l'impossibilité de l'accouchement par les voies naturelles, aidé au besoin par une application de forceps dans l'excavation. L'absence de disproportion entre les dimensions du pelvis maternel et celles du crâne fœtal, la malléabilité de celui-ci permettent la traversée d'un bassin modérément rétréci, qui ne se laisserait pas franchir par une tête plus volumineuse et plus ossifiée.

La disproportion existant entre le bassin de la mère et la tête du fœtus, par contre, empêche ou rend très difficile le passage de celle-ci. Une application de forceps permet parfois, au prix de longs efforts, d'extraire la tête et, malgré la compression subie par celle-ci, d'obtenir un enfant vivant et bien portant — résultat heureux sur lequel certains médecins se basent pour continuer à défendre cette intervention. Il est loin d'en être toujours ainsi et, dans la plupart des cas, l'enfant meurt pendant ou après cette manœuvre, qui doit être rigoureusement proscrite. La version par manœuvres internes n'est pas davantage à conseiller.

En présence d'une femme devant accoucher prochainement ou étant au début du travail et présentant un rétrécissement du bassin — presque toujours un rétrécissement du détroit supérieur — le médecin praticien doit se rendre compte si l'impossibilité de la traversée du détroit supérieur par la tête fœtale est certaine, si elle est douteuse, si l'on peut espérer que l'accouchement s'effectuera sans trop de difficultés.

Dans la troisième éventualité, il peut se charger de diriger l'accouchement.

Dans la première, il doit confier sa cliente au spécialiste qui procèdera à la césarienne, soit dans les derniers jours de la grossesse, soit, de préférence, au début du travail.

Dans la seconde, il doit recourir à l'*épreuve du travail* qui permet, sans compromettre la vie et la santé du fœtus, d'attendre l'effet de la contraction utérine et de se rendre compte si la tête fœtale pourra traverser le détroit supérieur ou sera arrêtée à son niveau. Mais il n'a le droit de la tenter que s'il est certain de pouvoir, au moment où elle aura démontré l'impossibilité de la traversée du détroit supérieur, de faire procéder à la césarienne. Il en résulte que ladite épreuve ne peut être effectuée que si la femme se trouve dans une maison de santé ou dans une clinique.

Le rôle du médecin est donc de procéder à un examen minutieux de la femme dans les dernières semaines de sa grossesse, ou au début du travail s'il n'a pu l'effectuer plus tôt, de reconnaître et d'essayer de corriger une présentation vicieuse, de mesurer le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, d'établir par le palper mensurateur s'il existe une disproportion entre les dimensions de la tête fœtale et celles du pelvis maternel, etc... (1). Si une difficulté dans la marche de l'accouchement est à prévoir, le transport dans une maternité ou dans une clinique et le recours à un accoucheur spécialisé s'imposent

---

(1) Chez la primipare, l'absence d'engagement au début du travail doit éveiller l'attention du médecin.

✦

de façon que, si l'indication d'une intervention se présente, celle-ci puisse être effectuée au moment propice et dans des conditions favorables.

Le médecin dégage ainsi sa responsabilité et, sans faux amour-propre, n'hésitepasà demander le concours d'un spécialiste, de même qu'il a recours à un chirurgien quand un de ses malades doit être opéré.

Conclusion. — Si un accouchement, que le médecin prévoit devoir être normal, peut sans danger être effectué à domicile, toute crainte de difficultés ou de complications entraîne la nécessité de l'admission de la femme dans une Clinique ou dans une Maison de santé, soit dans les jours qui précèdent l'accouchement, soit au début de celui-ci.

LES COLLYRES OPOTHÉRAPIQUES

Par le Docteur Etienne Ginestous,

Lauréat de l'Institut,
Ancien interne des hôpitaux de Bordeaux

L'opothérapie a sa place dans le traitement des affections oculaires. Déjà mise en valeur par les anciens (Celse, Dioscoride d'Anazarbé, Pline, etc.) particulièrement contre l'héméralopie, cette médication a été de nouveau, après la retentissante communication de Brown-Séquard (1er février 1889), préconisée en thérapeutique oculaire par Louis Dor (1), Lagrange (2), Robert Doyne (3), Léopold-Lévi (4), Terrien (5).

Pour son application, les différents modes d'administration des médicaments : voie hypodermique, voie gastro-intestinale, même voie rectale (Le Mehauté) ont été employés. Mais la meilleure voie de pénétration est la voie conjonctivale. La muqueuse conjonctivale est une excellente surface d'absorption. Cette absorption n'est pas limitée à une action locale, elle est également générale. Après simples instillations de collyres à la strychnine, à la scopolamine, à l'atropine, il a été noté des accidents d'intoxication et ce fait que l'instillation d'atropine dans un œil provoque, bien que moins marquée, de la mydriase du côté opposé, démontre le passage de l'alcaloïde dans la circulation. Par le réactif très sensible de Garraud (1) pour l'iode, la réaction colorimétrique au perchlorure de fer pour le salicylate de soude, les recherches expérimentales d'Ulry et Frézals (2), poursuivies au laboratoire du Professeur Sabrazès, ont permis de déceler, et même de doser, la présence dans l'humeur aqueuse, après bains oculaires, collyres et ingestions, de ces médicaments.

Mongour (3) mettant à profit cette faculté d'absorption et associant ainsi la thérapeutique locale à la thérapeutique générale, a traité avec succès les conjonctivites diphtériques par les instillations de sérum antitoxique.

Il paraît dès lors tout indiqué d'utiliser cette même propriété d'absorption de la conjonctive à la pénétration dans les milieux de l'œil, et même dans la circulation générale, des préparations opothérapiques.

La pénétration par voie conjonctivale peut être obtenue :

1° *par injections sous-conjonctivales* ;
2° *par instillations de collyres.*

Les injections sous-conjonctivales employées par Louis Dor, Lagrange, présentent l'inconvénient de nécessiter l'intervention directe du médecin. De plus, leur application se heurte, souvent, à la résistance de quelques malades pusillanimes.

L'instillation de collyres est de plus grande commodité et est même mieux acceptée. Mais leur mode de préparation et leur conservation sont plus difficiles à obtenir.

Le choix du véhicule est important ; on ne peut employer les liquides irritants pour la conjonctive, dangereux pour la cornée. De plus, il s'agit d'extraits d'organes qui, par leur nature, s'altèrent rapidement, et à vouloir assurer leur conservation, on risque soit qu'on ait recours à la stérilisation par la chaleur ou aux antiseptiques, de détruire la substance active. Les premiers collyres de cette nature qui furent obtenus sont ceux de capsules surrénales ; en 1896, Bates, de New-York, avait préparé un extrait de cette glande dont il avait signalé les effets remarquables de vaso-constriction que déterminait leur instillation sur la conjonctive. A la suite de cette découverte, dont nous pouvons apprécier aujourd'hui toute l'importance, Louis Dor (de Lyon) fit également préparer par Léon Jacquet un collyre de capsules surrénales. Nous trouvons dans la thèse de Barraud (4), élève de Louis Dor, son mode de préparation. Il utilisait

(1) Louis Dor. — « Essais de Thérapeutique ophtalmologique avec l'extrait de corps ciliaire de bœuf ». (Congrès de la Société française d'ophtalmologie, mai 1897).

(2) F. Lagrange. — « De l'extrait de corps ciliaire et de corps vitré dans la thérapeutique ophtalmologique. Traitement des taies de la cornée par l'extrait aqueux de cornée ». (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 8 juillet 1898).

(3) Robert Doyne. — *The British Medical Journal*, 25 juillet 1903.

(4) Léopold Lévi. — L'œil et les glandes endocrines. (*L'Esprit médical*, 1932).

(5) Terrien. — Œil et glandes endocrines ». (Conf. faite à l'Hôtel-Dieu recueillie par Mme Bronet-Saintou. (Cong. méd., 1938, pp. 1297-1299).

(1) Garraud. — *Bulletin des Travaux de la Société de Pharmacie de Bordeaux*, juin 1895.

(2) Ulry et Frezals. — Recherches expérimentales sur la pénétration dans l'œil des collyres aqueux. *Arch. d'oph.* , janvier-février-mars 1899.

(3) Mongour. — Traitement de la conjonctivite diphtérique par les injections de sérum antidiphtérique. Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 27 mai 1898.

(4) Barraud. — Thèse de doctorat, Lyon 1896-1897. *Gaz. heb. des sc. médicales de Bordeaux*, 3 octobre 1897.

les capsules de mouton ; après les avoir débarrassées de leur graisse et les avoir finement hachées, il les mettait dans l'eau bouillante jusqu'à réduction. Le résidu, desséché, pulvérisé, était conservé à l'abri de la lumière ; cette poudre était additionnée d'eau froide, filtrée sur papier et évaporée à siccité dans une étuve à 110° ; avec le produit de l'évaporation, on préparait une solution dans un volume égal d'eau stérilisée.

L'extrait surrénal était également préparé par un procédé plus simple en pulvérisant les organes hachés et pulvérisés dans un mortier stérilisé ; leursolution au quart était finalement filtrée sur coton.

Les collyres ainsi obtenus conservaient leur activité, les travaux de Langlois ayant démontré que l'extrait surrénal ne perdait ses propriétés qu'au-delà de 128°. Mais ils devaient être employés extemporanément, car ils s'altéraient avec une grande rapidité.

Leurs étonnantes propriétés de vaso-constriction valurent cependant à ces collyres surrénaux une certaine faveur, mais qui fut assez éphémère et disparut dès que fut isolé par Takamine, en 1901, le principe actif des glandes surrénales, l'adrénaline.

Par les mêmes procédés, Louis Dor (1) fit préparer des macérations dans l'eau distillée de corps ciliaire de bœuf, mais stérilisées seulement à 40°; leur conservation ne dépassait pas quelques heures. Sur les conseils de M. Lavocat, pharmacien, tout en conservant la température à 40°, il fit la macération dans l'alcool ; puis, après filtrage et évaporation de l'alcool, l'extrait était repris par une solution de résorcine à 2 /1000. La proportion de matière solide par rapport à l'eau était d'environ un pour cinq, de sorte que l'on pouvait admettre qu'il y avait dans un gramme de solution 20 centigrammes de corps ciliaire.

Après la communication de Louis Dor, le Professeur Félix Lagrange fit également préparer par M. Ed. Bazin, pharmacien à Bordeaux, de l'extrait de corps ciliaire et de corps vitré auquel il donna le nom d'Oculine. Le mode de préparation de cet extrait est indiqué dans une communication de M. Lagrange (2) à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (8 juillet 1898) et dans la thèse de Gauthier (3) que nous avons inspirée.

Ces extraits étaient obtenus avec toutes les précautions aseptiques possibles, par macération dans la glycérine des parties à traiter (corps ciliaire et corps vitré d'yeux de bœuf). M. Lagrange fit préparer également par M. Ed. Bazin des macérations de cornée dans l'eau stérilisée.

Ces dernières préparations de suc cornéen ne répondaient pas aux notions opothérapiques, la cornée ne pouvant pas être considérée comme une glande, et, après plusieurs mois d'essais dont nous avons connu les résultats, leur emploi fut abandonné. L'extrait glycériné de corps ciliaire et de corps vitré (Oculine Bazin) ne pouvait être employé qu'en ingestion stomacale ou en injections sous-conjonctivales. Le véhicule glycérine, par ses réactions inflammatoires sur la conjonctive, le rendait inutilisable pour les instillations en collyres.

Les instillations par voie conjonctivale n'en demeurent pas moins, en opothérapie oculaire, un des meilleurs modes d'application; seule, en gêne la pratique, la double difficulté d'assurer à la fois la conservation des préparations d'organes et la possibilité de donner à ces préparations une forme d'administration qui ne soit pas douloureuse.

Depuis 1902, avec l'aide d'Ed. Bazin et de M. H. Garraud, pharmaciens, nous nous sommes attaché à surmonter ces obstacles.

Voici, d'après la note qu'il nous a remise, la technique à laquelle, après de nombreux essais, s'est arrêté M. Garraud :

Préparation des collyres opothérapiques isotoniques

1° *Préparation du véhicule* :

Faire dissoudre dans 100 grammes d'eau bouillie chaude 0 gr. 25 de Nipasol M. sodé et 0 gr. 25 de Nipagine M. sodée, éthers de l'acide paraoxy-benzoïque. Ces éthers benzoïques ont l'avantage d'être pratiquement neutres, inodores, insipides, et ne provoquent aucune réaction chimique secondaire vis-à-vis des substances à conserver ; de stabilité parfaite, ils sont d'une parfaite innocuité vis-à-vis de la muqueuse de l'œil.

Après refroidissement, ajouter 1 gr. 40 de CLNA et saturer de camphre. Après contact de cinq minutes et agitations répétées, filtrer sur papier ébouillanté ;

2° *Macération de l'organe dans le véhicule* :

Mettre poids égal d'organe pulpé frais et d'eau camphrée isotonique stabilisée dans récipient à macération (bocal à extraction par exemple) et placer au frigidaire à +2 +3° durant 12 heures ;

3° *Obtention du collyre* :

Faire suivre la macération d'expression des organes. Réunir les liquides de macération et d'expression.

Ajouter un nouveau poids de véhicule égal au poids des organes.

Puis, filtrer sur papier ébouillanté et refroidi, ou mieux, sur filtre Scitz à l'amiante poreuse stérilisée.

Le collyre ainsi obtenu renferme cinq centigrammes d'organe pour deux gouttes.

Répartir ensuite en flacons-collyres ou ampoules-collyres préalablement stérilisés par ébullition à 100° durant vingt minutes, ou à l'autoclave.

Nous obtenons ainsi des collyres opothérapiques dont les instillations ne sont pas douloureu-

(1) Louis Dor. — Essais de thérapeutique ophtalmologique avec l'extrait aqueux de corps ciliaire de bœuf. Soc. franç. d'opht., Congrès de 1897.

(2) Lagrange. — De l'extrait de corps ciliaire et de corps vitré dans la thérapeutique ophtalmologique. (Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 8 juillet 1898).

(3) A. Gauthier. — « Etude critique de l'emploi de l'opothérapie en ophtalmologie ». Th. de Doctorat, Bordeaux 1903-1904, n° 84.

ses et qui possèdent les mêmes garanties de conservation que tous les autres collyres minéraux ou végétaux. Toutes les glandes, qu'elles appartiennent à l'œil ou qu'elles proviennent d'un autre point de l'organisme aussi éloigné qu'il soit, quelle que soit leur fonction physiologique, peuvent fournir des éléments à la constitution de collyres opothérapiques.

Nous ne prétendons pas — et il serait prématuré de le faire — vouloir indiquer quelles sont les indications et propriétés thérapeutiques de chacun d'eux. Sur la valeur de l'opothérapie dans le traitement des affections oculaires, nous poursuivons des recherches dont nous ferons connaître les résultats dans des publications ultérieures. Nous indiquons simplement aujourd'hui un mode de préparation de collyres opothérapiques et la possibilité de leur utilisation dans la pratique.

SUR LES DÉLAIS DE RÉCIDIVE DES CANCERS DU SEIN

La question des récidives tardives des cancers du sein a fait l'objet récemment d'une importante communication de M. Hartmann à l'Académie de chirurgie.

Pendant des années on a regardé comme vraie la loi suivante posée par Volkmann : lorsque, après l'opération d'un cancer du sein, un an entier s'est écoulé sans récidive, on est en droit d'espérer une guérison durable ; après deux ans, cette guérison est probable ; au bout de trois ans, elle est presque certaine. En 1898, Delbet admettait encore cette loi, bien que Rieffel eut déjà constaté un certain nombre de récidives après la troisième année. Il faut arriver à 1921 pour voir, au XXXᵉ Congrès de chirurgie, Forgue déclarer avoir perdu la foi dans la loi de trois ans de Volkmann.

Ayant suivi un grand nombre de ses opérées, M. Hartmann a été lui aussi frappé de la fréquence des récidives tardives, fréquence d'autant plus remarquée que l'amélioration de la technique a permis de diminuer les récidives précoces. Il a pu ainsi réunir 123 observations personnelles de récidives tardives. Parmi ces récidives, les unes ont été locales : 26 au cours de la quatrième et de la cinquième années, 24 au cours des sixième, septième et huitième années, 13 dans la période allant de la neuvième à la quinzième année ; d'autres ont consisté en métastases sans récidive cutanée : 32 cas entre la quatrième et la vingtième année ; enfin, 24 cancers ont été observés dans un autre organe.

Ce qui frappe, dans ces récidives locales et ces métastases tardives, c'est que, d'une manière générale, elles sont suivies de mort de six mois à quatre ans après leur constatation, quel que soit le traitement employé, excision ou radiothérapie, quelle que soit aussi la date de leur apparition. On aurait pu croire, *a priori*, dit M. Hartmann, que lorsqu'une de ces récidives survient après un temps très long, six, huit, dix ans et plus, on se trouve en présence de cancers à évolution lente, permettant une survie prolongée. Il n'en est rien et l'on voit, habituellement même, la mort survenir dans les deux ou trois années qui suivent l'apparition du nouveau néoplasme. L'évolution de ces récidives tardives est aussi rapide que celle des récidives survenant dans les premières années après l'amputation du sein. Il semblerait que les cellules cancéreuses restent en sommeil pendant des années et que le jour où elles se réveillent, sous une influence d'ailleurs inconnue, elles se remettent à pulluler et entraînent rapidement la mort.

Quelquefois l'apparition de nodules dans la région opératoire paraît n'être que la manifestation extérieure d'une généralisation encore ignorée, se traduisant toutefois par une altération de l'état général. Lorsqu'un amaigrissement notable précède ou accompagne ces nodules cutanés, M. Hartmann pense qu'un pronostic fatal à brève échéance doit être porté et qu'il est inutile de pratiquer des exérèses. Lorsqu'au contraire l'état général se maintient bon, on peut obtenir quelques guérisons par ablation ou irradiation de ces récidives locales.

P. Lacroix.

TRAITEMENT DE L'INVAGINATION INTESTINALE DU NOURRISSON PAR LAVEMENT SOUS PRESSION

Peu après la guerre de 14-18, le Docteur Jean Le Cam, de Querlesquin (Finistère), publiait dans la *Gazette de Bretagne* un article sur le traitement de l'invagination intestinale du nourrisson par le simple lavement d'eau tiède sous-pression. Il relatait quelques observations de petits malades traités avec succès par ce procédé et il concluait, de manière un peu excessive, que jamais plus il ne ferait opérer les nourrissons atteints d'invagination intestinale. Il n'en est pas moins vrai qu'il eut le grand mérite d'attirer à nouveau l'attention des praticiens sur un mode de traitement déjà ancien, mais à coup sûr efficace et à la portée de tous.

Depuis cette date, bien des auteurs ont apporté leur contribution au traitement de cette affection spéciale aux tout petits. Le Docteur Pouliq en,en particulier, fit faire à la question un grand progrès en appliquant le lavement baryté qui permettait d'assister sous écran à la réduction ou à la non réduction du boudin invaginé. Le Professeur Ombrédanne, à la séance du 28 janvier 1931 de l'Académie de chirurgie, pouvait affirmer : « Dans tous les cas d'invagination avérée, le traitement doit commencer par un lavement baryté... Au moindre doute sur l'interprétation des images radiologiques : opérer ».

C'est la méthode que nous avons suivie dans un cas tout récent :

Le 14 août 1942, le Docteur Dosser amène à ma clinique, un petit garçon de 7 mois qui présente tous les signes d'une invagination intestinale aiguë : douleurs abdominales survenant par crises intercalées de périodes de calme, vomissements, arrêt des matières et des gaz, glaires sanguinolentes par l'anus, enfin tumeur olivaire médiane sous-ombilicale. Le début remonte à 12 heures environ. Lavement baryté sous écran, sans anesthésie car l'enfant est très sage. Arrêt de la baryte dans la partie moyenne du côlon transverse. Au bout de quelques secondes, la baryte progresse à nouveau, lentement, remplit le côlon ascendant, puis le cæcum. Cependant la superposition de l'anse sigmoïde ne permet pas d'affirmer que la désinvagination soit complète. Intervention sous-anesthésie générale au chloroforme. Incision de Roux de 4 cent. Extériorisation du cæcum : la désinvagination est complète, mais la valvule de Bauhin est élargie ; l'iléon œdématié et rouge ne demande qu'à pénétrer à nouveau dans le gros intestin. Fixation de l'iléon terminal. Appendicectomie. Fermeture par catguts et agrafes. Guérison.

Voici deux autres cas observés l'an dernier où le simple lavement d'eau sous forte pression réussit à guérir instantanément deux enfants atteints eux aussi d'invagination intestinale.

Garçon de 3 ans, souffrant du ventre depuis trois jours : crises de quelques minutes suivies de calme, vomissements, constipation. Pas de glaires sanguinolentes. Pas de fièvre. Je porte cependant le diagnostic d'invagination intestinale et donne un lavement de un litre d'eau tiède, le bock étant porté à 1 m. 50 environ de hauteur. Sédation immédiate et guérison définitive.

Le deuxième cas concernait une petite fille de 4 ans et est exactement comparable au précédent. Ici, le lavement se montra aussi efficace.

Il semble qu'il s'agisse là de boudin peu serré où, comme l'admet le Docteur Pouliquen, de tentatives d'invagination. Il me souvient d'avoir aidé le Docteur Pouliquen à opérer une fillette de 7 ou 8 ans qui souffrait deux ou trois fois par semaine et cela depuis plusieurs mois, de coliques abdominales, avec nausées et constipation.

L'intervention montra une valvule de Bauhin particulièrement béante ; un iléon œdématié que la pression engageait facilement dans le cæcum.

Le Docteur Pouliquen se contenta de fixer l'iléon et les crises disparurent.

Dr Loussot,
(Landivisiau, Finistère).

LES RESTRICTIONS ET L'AVENIR DES ENFANTS

Une récente décision administrative vient d'attribuer la carte J3 aux femmes enceintes. Cette mesure ne peut qu'être approuvée, surtout si on a en mémoire les communications faites à diverses Sociétés, par quelques accoucheurs, au cours de ces derniers mois. La lecture des observations publiées montre une certaine baisse dans le poids de naissance des nouveau-nés dans plusieurs maternités. Plus récemment, M. Lesné, à l'Académie de médecine, avait attiré l'attention sur ce fait qu'il attribuait à la sous-alimentation des femmes enceintes. On a pu se demander, dès lors, quel serait l'avenir des enfants nés dans de telles conditions. Il ne faut probablement pas dramatiser la situation.

D'abord, la baisse de poids constatée chez certains nouveau-nés n'est pas un phénomène général à tout le pays et il est vraisemblable qu'il se limite surtout aux grandes villes et aux grandes agglomérations suburbaines, moins bien ravitaillées que les campagnes. Dans ces grands centres, les femmes ont, en outre, des causes de fatigue plus grandes du fait des difficultés de la vie quotidienne. En plus de cela, c'est l'avis des pédiatres et des directrices de crèches et de pouponnières qu'il serait important de connaître. Or, il ne semble pas que les nourrissons, dont beaucoup sont alimentés avec des laits condensés, aient souffert de l'état de choses actuel. Les restrictions toucheraient davantage les enfants plus âgés, mais là encore, il ne faut pas généraliser, mais on doit plutôt tenir compte des régions et des familles. Les familles aisées augmentent souvent l'apport alimentaire officiel de colis familiaux. Quant aux autres, plus ou moins aidées par des œuvres publiques et privées, elles font vis-à-vis de leurs enfants des sacrifices véritablement touchants dont quelques-uns mériteraient de pouvoir être signalés nominalement. Il y a des cas qui feraient pâlir la réputation d'altruisme paternel du Pélican !

Mais, par dessus la question de poids, il semble que ce soit celle de la vitalité générale des cellules et des tissus qu'il serait utile de pouvoir connaître avant de porter une appréciation trop pessimiste sur les enfants actuels en ne tenant compte que du poids. Or, cela nous ne le pouvons guère d'une manière rigoureuse. Tout au plus, la réaction de Zambrini peut-elle donner une indication sur la résistivité générale.

Les statistiques sur le nombre des maladies infantiles comparé aux années antérieures seraient aussi intéressantes. Dans l'ensemble, devant la difficulté de se faire encore une opinion sur ce sujet, le plus sage est de ne pas faire une généralisation trop hâtive qui risquerait d'être démentie par l'avenir. L'Histoire n'est-elle pas là pour montrer que la suite des générations n'est pas le reflet exact des conditions de vie au moment de la conception ?

Pierre Labignette,
Chef du Laboratoire de la Maternité
de l'Hôpital Boucicaut.

Les Thèses

Dr Michel Duhamel. — **Les néphrites de la gale. Leur fréquence au cours de l'endémie actuelle** (Thèse de Paris, 1942).

La gale s'accompagne, dans un certain nombre de cas (la proportion donnée par les auteurs est très variable), d'albuminurie transitoire. Beaucoup plus rarement, elle peut se compliquer de néphrite aiguë.

Le Dr Michel Duhamel, pendant son internat dans le service de M. Delafontaine à l'hôpital de Saint-Denis, a observé 115 cas de gale pendant l'année 1941 (la gale, on le sait, est en recrudescence depuis 1940), dont 6 se sont compliqués de néphrite aiguë, fréquence relative qui contraste avec la rareté des néphrites scabiéiques signalées jusqu'à ce jour. Cinq de ces malades présentaient un syndrome œdémateux et trois un syndrome azotémique. La terminaison a été une fois mortelle.

Diverses pathogénies ont été proposées pour expliquer ces néphrites scabiéiques. On a incriminé l'acare lui-même, le traitement mis en œuvre contre la gale, la fragilité rénale antérieure, les pyodermites souvent associées aux lésions ordinaires de la gale. Dans les observations de l'auteur, le rôle principal semble avoir été dévolu à la pyodermite.

Le traitement sera celui des néphrites aiguës en général (régime hypochloruré et hypoazoté, etc.) et celui de la gale elle-même, ce dernier adapté à l'état cutané.

Dr Guy Trameçon. — **Contribution à l'étude du traitement chirurgical du cancer primitif du foie.** (Thèse de Paris, 1942).

Le cancer du foie est généralement considéré comme une affection non accessible à la thérapeutique chirurgicale. Et cependant, quelques chirurgiens ont pratiqué des exérèses de ces cancers, qui ont été suivies de guérison, les opérés ayant pu être revus, sans récidive, plusieurs années après l'intervention.

Il convient de s'entendre, toutefois. Le cancer généralisé du foie reste évidemment au-dessus des possibilités de la chirurgie ; seule l'ablation d'un cancer primitif, localisé à un lobe hépatique (lobe gauche ou médian surtout) peut être pratiquée dan s certains cas avec succès, toutes précautions d'hémostase étant prises. L'auteur en rapporte une observation recueillie dans le service du Docteur Gautier, à l'Hôtel-Dieu d'Angers. Il a réuni dans la littérature médicale 40 observations de cancers primitifs du foie vérifiés histologiquement et opérés, avec 22,7 % de guérisons.

Les Sociétés Savantes

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Sur les poussières par battage des tapis

(M. TANON ; 6-10-1942)

M. Tanon présente un rapport sur la question des poussières par battage des tapis.

Les restrictions actuelles d'électricité, en diminuant les possibilités d'utiliser les aspirateurs, ont rendu plus fréquent le battage des tapis et objets divers par les fenêtres. La Commission académique considère qu'il est nécessaire, dans ces conditions, d'appeler l'attention sur les inconvénients de cette pratique préjudiciable à la santé publique.

— M. Jules RENAULT, sans méconnaître les difficultés de l'heure présente, propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant : « Il est interdit de jeter quoi que ce soit dans la rue ou dans les courettes et de secouer tapis, brosses, balais et torchons par les fenêtres des rues et des courettes ».

Les poussières des tapis et des meubles, recueillies soit avec un aspirateur, soit avec un balai-brosse, soit encore avec une pelle et une brosse, ont une destination hygiénique : la boîte à ordures soigneusement fermée.

Le vœu de M. Jules Renault est adopté.

— M. LAPICQUE, tout en approuvant le principe de cette mesure draconienne, qui ne sera sans doute pas édictée immédiatement, pense que l'Académie pourrait d'ici là, envisager l'étude des moyens techniques de « faire hygiéniquement le ménage ».

ACADÉMIE DE CHIRURGIE

La dilatation aiguë spontanée de l'estomac

(M. LOHEAC, de Gourin ; MM. A. MOUCHET, JARDEL et ROCHLIN ; M. J. HEPP ; 3-6-1942)

Les communications de M. Loheac, de MM. Mouchet, Jardel et Rochlin, et de M. Hepp concernent un ensemble de dix cas de dilatation aiguë spontanée de l'estomac, affection habituellement rare, mais qui paraît depuis quelque temps plus fréquente, du fait probablement des conditions d'anxiété, d'instabilité nerveuse et de carence alimentaire actuelles. Les notions récentes orientent, en effet, la pathogénie de cette affection plutôt du côté de la théorie d'un dysfonctionnement vago-sympathique retentissant sur le système autonome intra-gastrique que du côté de la théorie mécanique. Le problème reste d'ailleurs à l'étude et est, sans doute, complexe.

Chez un malade de M. Mouchet, le syndrome de dilatation gastrique aiguë (vomissements, météorisme, arrêt des gaz et des matières, grave atteinte de l'état général) s'est montré après un déjeuner qui avait été abondant et indigeste. Il en fut de même pour un malade de M. Cadenat : chez ce malade, le syndrome apparut après un repas d'enterrement. L'influence morale a pu, dans le cas en question, précipiter le dérèglement du système neuro-moteur de l'estomac.

Le pronostic est des plus sérieux : les trois malades de MM. Mouchet, Jardel et Rochlin, et le malade de M. Cadenat ont succombé. Le traitement comporte l'évacuation de l'estomac, voire du duodénum par le tube de Faucher ou la sonde de Wangensteen, qui retire parfois, 8, 10, 20 litres de liquide en peu de temps, le sérum salé, l'infiltration anesthésique des splanchniques, etc...

M. Hepp rappelle que la dilatation spontanée aiguë de l'estomac s'observe chez les animaux (tympanite aiguë). Les vétérinaires la traitent bien des fois avec succès par la ponction transcutanée de la poche gastrique au trocart laissé en place, 48 heures de décompression étant souvent nécessaires pour obtenir la guérison. M. Cadenat se demande si les chirurgiens n'auraient pas avantage à imiter, en l'adaptant à la chirurgie humaine, le geste, peu élégant certes mais efficace, des vétérinaires.

P. L.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS

Œdème par carence alimentaire avec perturbations pluriglandulaires ; efficacité du traitement thyroïdien

(MM. DUVOIR, POUMEAU-DELILLE, DURUPT et HADENQUE ; 29-5-1942)

Il s'agit d'un cas, où les œdèmes par carence alimentaire ne rétrocèdent pas, comme le plus souvent, d'une manière spontanée après quelques jours de repos au lit, mais augmentent malgré un régime déchloruré, lacté et carné. Sur la constatation d'un abaissement du métabolisme basal, un traitement thyroïdien fut institué à la dose quotidienne de 0 gr. 10, et la diurèse s'éleva immédiatement à trois et quatre litres. Cette dose d'extrait thyroïdien fut doublée, la diurèse augmenta à cinq et six litres ; en dix jours environ, les œdèmes avaient disparu ; le poids était redevenu normal. En l'absence de signes cliniques, que pouvaient masquer les œdèmes, l'action de l'extrait thyroïdien constitua un véritable test permettant de rattacher l'abaissement du métabolisme basal à une hypothyroïdie. Il se pourrait que parfois les œdèmes de carence soient sous la dépendance d'une perturbation pluriglandulaire, secondaire à la dénutrition.

Sur un cas d'ostéose fibro-kystique du type Recklinghausen avec hypocalcémie; origine carentielle probable

(MM. J. DECOURT, F. MASMONTEIL et GUILLAUMIN ; 29-5-1942)

On sait que la maladie osseuse de Recklinghausen est la conséquence d'une hyperproduction d'hormone parathyroïdienne, qui elle-même dépend, le plus souvent, du développement d'un ou plusieurs adénomes parathyroïdiens, ou même d'une hyperplasie diffuse des quatre parathyroïdes. D'une manière générale, cette hyperplasie semble apparaître toutes les fois que l'assimilation du calcium est troublée, c'est-à-dire dans toutes les circonstances où se constituent des ostéopathies, dites de carence d'absorption ou d'assimilation. Ici l'hyperproduction d'hormone parathyroïdienne a été suffisante pour provoquer des lésions d'ostéite fibreuse, mais intervenant sur un état hypocalcémique initial, elle n'a pas été jusqu'à créer l'hypercalcémie classique de l'hyperparathyroïdie. En pareil cas, il eut été imprudent d'enlever du tissu parathyroïdien à ce malade hypocalcémique. On a donc institué un traitement recalcifiant, sous forme d'un régime équilibré, riche en calcium et en phosphore, joint à des injections intramusculaires de vitamine D, espérant ainsi faire régresser l'hyperplasie parathyroïdienne et assurer une meilleure fixation du calcium.

G. F.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23-5-1942

Sur le traitement chirurgical de certaines hémorragies cérébrales non traumatiques

M. Marcel DAVID. — Les progrès de la neuro-chirurgie ont permis de reconnaître qu'à côté de l'hé-

morragie cérébrale classique, type Charcot-Bouchard, pratiquement au-dessus de toute thérapeutique, il existait un certain nombre de cas d'hémorragies spontanées dans lesquels la guérison pouvait être obtenue chirurgicalement.

On peut classer les faits en deux catégories distinctes suivant que le malade est ou n'est pas hypertendu.

La forme des sujets non hypertendus est liée souvent à une altération vasculaire locale préexistante (angiome, anévrysme miliaire localisé, etc...). Elle pourrait être prévue auparavant à l'aide de l'encéphalographie artérielle. Elle est susceptible de guérir chirurgicalement et définitivement.

La forme des sujets atteints d'hypertension artérielle est d'un pronostic bien plus réservé. L'indication opératoire se basera le plus souvent sur l'évolution en deux temps : début brutal suivi d'une rémission passagère, puis aggravation avec apparition de signes d'hypertension intra-cranienne et de stase papillaire en particulier.

La ventriculographie est contre-indiquée, mais la ponction ventriculaire peut donner d'utiles indications tant pour le diagnostic du siège que pour celui de la cause.

Le traitement chirurgical aura en vue l'évacuation du liquide hématique et accessoirement des caillots à l'aide d'une trépanation aussi économique que possible.

La fin de la deuxième semaine semble le moment le plus favorable pour l'opération ; à ce moment, en effet, le caillot est en voie de liquéfaction.

Le traitement de l'hypertension intra-cranienne due à une dilatation des ventricules, par ouverture de la lame sus-optique

M. J. Guillaume insiste sur le très grand intérêt de cette méthode de dérivation du L. C. R. produit dans les ventricules cérébraux, lorsqu'une lésion tumorale ou inflammatoire, pratiquement inaccessible chirurgicalement, oblitère les voies normales d'écoulement du liquide au niveau de l'aqueduc de Sylvius. Il en résulte une dilatation progressive du système ventriculaire, hydrocéphalie responsable de l'hypertension intracranienne.

L'intervention qui consiste à ouvrir la paroi antérieure du ventricule, au niveau de la lame sus-optique, a été pratiquée de nombreuses fois par l'auteur avec de remarquables succès, par voie transfrontale suivant la technique neuro-chirurgicale classique qui permet d'aborder la région hypophysaire.

Immédiatement après l'opération, l'hypertension intra-cranienne cesse, ses diverses manifestations disparaissent rapidement ; les malades, dont un suivi depuis sept ans, reprennent une vie normale.

A propos de la thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie

M. J. Guillaume. — Quel que soit son type, l'accès comitial est, dans bon nombre de cas, en rapport avec une néo-formation intra-cranienne (tumeur à évolution souvent fort lente, par exemple), une cicatrice méningo-encéphalique consécutive à un traumatisme ou à un processus inflammatoire. Bref, il existe une lésion, véritable centre épileptogène, de morphologie variée, véritable point d'appel pour les excitations encore inconnues qui suscitent le paroxysme convulsif. L'ablation de cette lésion, même lorsqu'elle est cicatricielle, permet d'obtenir dans bon nombre de cas une guérison des accès convulsifs. Lorsque l'analyse clinique, en particulier l'existence d'une aura précise, permet de fixer une localisation exacte de la zone cicatricielle, cette dernière est facilement abordée. Mais, dans la plupart des cas, c'est le recoupement des renseignements fournis par la ventriculographie et l'électro-encéphalographie qui ont guidé l'auteur et lui ont permis d'obtenir d'excellents résultats.

La Presse

Les érythèmes de la sulfamidothérapie

MM. Bertin et Huriez rappellent que, dans l'ensemble, ces incidents de la chimiothérapie organo-soufrée sont peu nombreux et sans gravité : 3,8 p. 100 des cas soumis à la thérapeutique sulfamidée. La posologie semble sans influence prépondérante, puisqu'ils apparaissent après ingestion de doses comprises entre 2 et 54 grammes. Ils se rattachent à deux types bien différents, scarlatiniforme et polymorphe. Les érythèmes scarlatiniformes, comme aussi morbilliformes, de la sulfamidothérapie sont en tous points comparables aux érythèmes précoces de l'arsénothérapie et du barbiturisme. Les érythèmes papulo-noueux des thiazolés ne représentent nullement une entité néanmoins il est plus difficile de les comparer aux incidents des autres chimiothérapies, qui ne sont pas fréquemment polymorphes.

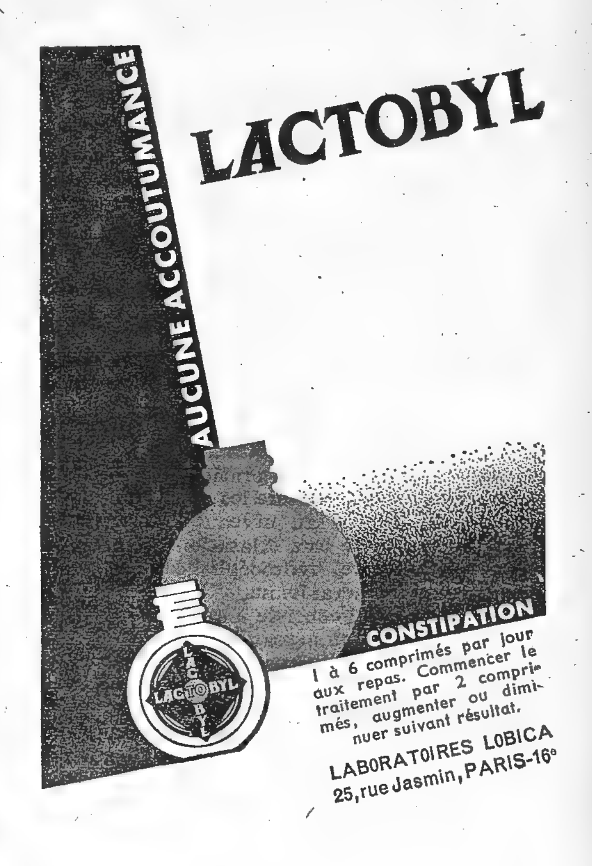
Du point de vue pratique, devant un érythème de la sulfamidothérapie, il est préférable de cesser l'administration des sulfamides, si l'affection initiale est guérie ou suffisamment améliorée. Par contre, s'il y a intérêt ou nécessité à la continuer, la cure sulfamidée est le plus souvent bien supportée, en substituant, s'il le fallait, un composé thiazolé aux autres dérivés sulfamidés. Ces érythèmes représentent donc habituellement un accident bénin, dont la connaissance importe cependant pour éviter de grossières erreurs de diagnostic et surtout un arrêt parfois prématuré de la chimiothérapie. (*La Presse médicale*, 1er août 1942).

Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant

Voici l'intéressante observation de Langes. Femme de 37 ans, syphilitique traitée sérieusement ; deux fausses-couches. Vers le troisième mois d'une grossesse, syncope après un gros effort physique puis violentes douleurs abdominales et rétention d'urine. Continuation de la grossesse ; au 7e mois seulement, on note une position anormale de l'enfant, dont le cœur bat normalement. Au 9e mois, violentes douleurs abdominales, continuation de la grossesse, tachycardie de la mère ; signe intéressant, le ventre est anormalement tendu et d'une extrême sensibilité au palper. Le diagnostic de grossesse extra-utérine n'a pas été fait, mais, sur l'intervention des parents, une césarienne est décidée. On trouve, dans la partie droite du ventre, l'enfant enveloppé dans une mince membrane, à laquelle adhèrent le grand épiploon, le cæcum et de nombreuses anses grêles. La poche des eaux est ouverte, et on extrait un enfant bien constitué et vivant. Le placenta, qui occupe tout le Douglas est enlevé ; une hémorragie en nappe très violente ne cède que par l'ablation de l'utérus, dont la paroi postérieure saigne abondamment, et par la ligature des vaisseaux au niveau de nombreuses adhérences. La parturiente succomba une heure après l'opération. L'enfant, actuellement âgé de six ans, est en bonne santé. L'attention aurait dû être attirée par les accidents du 9e mois et la position anormale de l'enfant au 7e mois En pareil cas, pour ne pas risquer de perdre la mère, il faut s'efforcer de faire un diagnostic précoce et d'opérer dès que l'enfant est viable. (*Zentralbl. f. Gynäkologia*, 3 mai 1941).

G. F.





PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

INFLUENCE DE LA DÉMOGRAPHIE SUR LE PRÉSENT ET L'AVENIR DE LA PROFESSION MÉDICALE

En l'espace de 130 ans, la population de l'Europe a triplé ; celle du monde s'étant accrue de plus du double. Pour le bonheur des hommes, il y a peut-être plus d'alarmes que d'espérances à tirer de cette constatation. Car l'espace où ils se meuvent n'ayant pas varié les chances de heurt entre individus et entre nations s'accroissent à mesure qu'ils s'y pressent plus nombreux.

C'est donc aux conflits armés qu'écherra le rôle de déblayer le trop plein autrefois réservé aux épidémies, et des guerres de plus en plus meurtrières suffiront à peine à contrebalancer une démographie sans cesse plus abondante. Mais c'est là un à-côté politique de la question dont la banalité vaut tout à peine un hochement de tête désabusé.

En même temps que se constituent ces masses humaines et qu'elles s'agglomèrent avec préférence en certains points prédestinés du globe, la vie en société se fait de jour en jour plus complexe et n'est tolérable qu'au prix d'une étroite réglementation. Perdu dans le nombre, l'individu y tient tout juste la place que lui concèdent les autres ; ses droits ne subsistent qu'à la faveur d'un compromis, sa force n'est plus qu'une émanation de la force collective. A cette participation dont il tire les seules prérogatives qui lui restent, il lui faut payer en retour le juste prix et consentir à se ranger sous la tutelle de l'Etat. Au XXe siècle, le citoyen d'un état policé est un mineur à vie ; on se demande si au XXIe, il ne sera pas descendu au rang d'interdit et pourvu d'un conseil judiciaire en bonne et due forme.

Dès maintenant, en tous cas, l'Etat ne transige pas sur tout ce qui est capable d'assurer ou de restaurer, la santé de la communauté ; ses exigences sont si multiples que l'individu sent peser sur ses épaules une tyrannie de plus en plus impérieuse et qu'il ne lui est plus permis de disposer de lui-même à son gré. Malade, il est assujetti à des déclarations, des mesures d'isolement, des contrôles et bientôt, sans doute, des thérapeutiques inspirées non de son intérêt personnel, mais de l'intérêt collectif. Bien portant, le voici astreint à des interventions préventives au regard desquelles compte non sa propre préservation, mais la préservation du clan. Et celui-ci, imbu d'ambitions politiques ou de doctrines sociales, va jusqu'à intervenir dans sa vie sentimentale : il prétend que lui soient soumis les projets matrimoniaux et que les conjoints soient mis en demeure de procréer dans les formes et selon un rendement fixés par loi d'Etat.

Les communautés du XXe siècle tendent de plus en plus à devenir les véritables unités humaines : l'individu n'y a guère que la valeur d'un fragment protoplasmique auquel l'ensemble cellulaire seul donne un sens et une chance de vivre, en somme du termite ou de l'abeille.

* * *

De ce reclassement de l'humanité en unités nouvelles, des activités telles que la médecine ne peuvent pas ne pas ressentir le contre-coup. Centrée traditionnellement sur l'élément ancien : l'individu, la médecine d'autrefois s'était fait une doctrine, un mode d'action et une philosophie individualistes. Le médecin n'intervenait qu'à la demande du malade, au profit exclusif du malade, aux frais exclusifs du malade ; l'acte médical était ainsi un service personnel strictement limité à ce que fournisseur et bénéficiaire attendaient l'un de l'autre. Duhamel a exprimé ce fait d'un mot qui a fait fortune et qui le méritait par sa valeur littéraire. Mais la faute de l'auteur fut de juger la médecine d'aujourd'hui d'un regard vieux de trente ans, et de prêter aux opinions d'un étudiant de 1905 la langue de choix et l'autorité prestigieuse du grand écrivain qu'il était devenu. A sa suite, nombre de braves gens militèrent pour la sauvegarde de « l'acte singulier, l'acte d'homme à homme ».

Autant , au siècle de l'électricité prôner l'éclairage à la chandelle. Nul, dans une Europe aussi populeuse que la nôtre, ne peut plus prétendre à décider par lui-même s'il est un non malade, s'il se soignera ou non. Le bien public prévaut sur ses goûts ou ses intérêts et le médecin, même le plus féru de « l'acte singulier » est bien forcé d'admettre en tiers ce puissant et sourcilleux personnage qui lui dicte les plus indiscrètes consignes. Toute la discipline médicale a été remaniée, bouleversée de fond en comble par le seul fait que l'Europe, depuis le début du XXe siècle, connaît les imprescriptibles nécessités des sociétés denses. Le simple instinct de conservation exige une législation sanitaire qui aux dépens des droits individuels du malade ou du médecin pourvoit au salut de la communauté.

* * *

En ce qui le concerne, le médecin se voit, dans ce monde en train de muer, doublement atteint : au point le plus sensible de son idée de liberté en même temps qu'au plus solide de ses intérêts.

Depuis quarante ans, la médecine de communauté n'a cessé d'empiéter sur la médecine d'individu. Elle se constitue à coups de lois, de tarifs et de nomenclatures, et sous l'égide de l'Etat tout puissant. Le médecin contemple d'un œil atterré cet assaut sans répit sous les coups duquel se démantèlent l'un après l'autre les murs de sa cité. Il proteste, il crie au passe-droit et à la spoliation ; et tout en criant, il recule, pied à pied, avec le sentiment que la position va devenir intenable. Elle le deviendra en effet.

Mais déjà elle est fort désagréable à occuper. Elle figure un lieu géométrique où presque toutes les innovations sociales nous lèsent en quelque manière. L'une après l'autre nous les accueillons d'un concert de malédictions, prenant le monde à témoin du dommage que nous endurons. Réaction bien naturelle chez des gens que cette série ininterrompue de coups d'épingle finit par rendre enragés et qui en viennent à soupçonner de malveillance camouflée des textes parfois très anodins.

Mais les administrations, les gouvernants, le public lui-même entendent avec humeur nos objections réitérées à des projets qu'ils s'accordent, eux, à trouver séduisants. Défendant nos moyens d'existence mis en péril par le remaniement de la pratique médicale, nous avons sans cesse à la bouche les propos les plus bassement alourdis de soucis d'argent et de calculs ménagers. De là à nous dépeindre comme des rapaces sans entrailles, il n'y a qu'un pas vite

franchi. Et de là, pour les gens en place, à brandir les foudres de l'autorité et à reprendre le mot lourd de menaces « se soumettre ou se démettre », ce n'est encore qu'un pas. Nous avons entendu cette antienne il y a dix ans au démarrage des Assurances sociales ; nous l'entendons aujourd'hui que s'ébranle la médecine du travail. Le cas est particulièrement grave, car depuis dix ans l'opinion publique n'a fait que s'affirmer dans son aigreur à notre égard, et nous avons perdu parallèlement quelques belles plumes de notre panache en même temps qu'une bonne part de notre situation matérielle. S'appauvrir et passer pour des mercantis c'est un comble ! Dans ce monde en mal de pullulation, les médecins clopin-clopant, mi-résignation, mi-consentement, inquiets et endoloris, s'acheminent vers le fonctionnariat, c'est-à-dire vers un sacrifice de plus : celui de leur indépendance.

En cette conjoncture, une grande faiblesse serait de méconnaître les phénomènes naturels qui nous y mènent ; car leur ampleur nous dépasse de toutes parts, il serait puéril de vouloir nous opposer à leur cours.

La seule attitude possible est l'opportuniste : composer avec ce qu'on ne peut maîtriser, canaliser le flot plutôt qu'élever une digue, aller au devant de l'organisation d'Etat et la prendre en mains, préférer enfin l'initiative à la soumission.

***

Pour commencer mieux vaut parler de bonne foi, sans ambages, tout crument : notre charte est périmée ; elle tombe en ruines par tous ses termes. Sans cesse l'un ou l'autre de ceux-ci met en conflit le Corps médical et la collectivité. La vie ne sera plus longtemps tenable, car cet affrontement de deux forces inégales use la plus faible et exacerbe la plus forte. Nous ne gagnerons rien qu'un surcroît de discrédit et, à la fin, un assujettissement plus pesant si nous nous butons avec une passivité têtue sur notre secret professionnel, pantin désarticulé qui n'en impose plus à personne, et pour lequel l'Académie vient de demander solennellement une nouvelle mise en vacance, sur l'entente directe et toutes ces survivances d'un autre âge. A part quelques chevronnés de la vieille garde qui tiennent à honneur de ne pas céder un pouce de terrain (et c'est, il faut le reconnaître, une sorte d'héroïsme à la Caton : *Victrix causa diis placuit, sed victa Catoni*), la plupart de ceux qui prêchent encore cet évangile sont sans foi ni ardeur. Ils savent que seul, un miracle pourrait leur donner la victoire et ce miracle ils ne comptent guère le voir se réaliser.

Il faut savoir vieillir, recommande-t-on aux individus. Aux collectivités, on peut conseiller d'apprendre à rajeunir, à évoluer, à s'adapter, à vivre enfin. Un chien vivant vaut plus qu'un évêque mort. Un opportunisme ancré sur les réalités vaut mieux qu'un traditionnalisme qui fleure le tombeau.

Le fait crucial est celui-ci : dans les états modernes une législation sanitaire sans cesse renforcée et plus despotique encore que la législation fiscale met l'individu, dès avant sa naissance et jusqu'à samort, sous la coupe du médecin. Du médecin, l'individu policé attend l'approbation pour naître, pour grandir, pour entrer ou demeurer à l'école, pour faire ou non du sport, pour être soldat, pour se marier, pour faire des enfants, pour être admis à l'usine, pour en sortir, pour solliciter un emploi public ou obtenir une retraite, que sais-je encore.

Une profession qui prend un tel pied dans la société est vouée à être au service de l'Etat ; sinon elle exploiterait un privilège auprès duquel les trusts industriels ne seraient que jouet d'enfant.

Pour conclure, élaborons donc une charte conçue pour régir de si vastes responsabilités et non pour réserver des prérogatives qui n'ont plus cours ; et que tout le monde, en ayant conçu la légitimité, se batte de bon cœur pour elle.

Nous avons besoin, là comme ailleurs, de retrouver un enthousiasme.

« Faites la paix », disait Sembat aux environs de 1912, « sinon faites un roi ». Ainsi exprimait-il la probabilité d'une guerre qui ne tarda pas à éclater.

Un dilemme analogue est proposable aux médecins :

« Faites une nouvelle charte, sinon faites un autre monde ».

Et dame ! même en s'inspirant de la Genèse, la faculté de choisir n'est pas à la portée du premier venu !

G. LAVALÉE.

DÉBATS SUR LE CORPORATISME

Nous nous sommes promis, il y a quelque temps, à l'occasion d'un rapide compte-rendu, de reprendre dans son ensemble le problème du corporatisme, d'en tenter une mise au point actuelle et d'entrevoir objectivement son avenir. Ce compte rendu eut quelques échos qui nous conduisent plus que jamais à définir une position que l'on a voulu croire inspirée par le scepticisme, l'ignorance ou l'hostilité. Ce dernier sentiment prêté à la rédaction de notre journal à l'égard du principe corporatif est pour le moins inattendu. Faut-il donc rappeler que les fondateurs du *Concours médical* furent aussi ceux des syndicats, types parfaits d'une précorporation, auxquels l'on rend actuellement des hommages aussi tardifs que mérités ? Et l'on ne serait pas aujourd'hui à tirer des plans et chercher des architectes si l'on n'avait point démoli il y a deux ans un édifice spontanément, donc solidement, établi sur ses bases. Mais identifier au Corporatisme lui-même une conception du corporatisme est chez ses auteurs une tendance aussi humaine que discutable, et c'est pourquoi, au reste, nous la discutons. Nous n'avons aucune sympathie pour le dogmatisme alors que les doctrines sont en pleine genèse et l'on ne voit point ce qui justifierait un monopole pour ce qui est au premier chef du domaine public.

***

Schématisons rapidement cette doctrine qui se qualifie elle-même de « corporatisme intégral » et que le court compte-rendu qui nous valut de si furieux reproches ne nous permit point d'exposer :

La Corporation se caractérise par la « *propriété du métier* », formule frappante mais imprécise qui signifie soit que les médecins doivent assurer la gestion de tout ce qui concourt à maintenir la santé du pays, ses forces de vie et de travail (hôpitaux, dispensaires, services d'hygiène, etc...), soit en outre que la Corporation doit être effectivement propriétaire de tout ce capital matériel. Le tout se résume par « *la médecine aux médecins* » ; l'Etat ne gère pas, mais se contente de contrôler. L'organisme à qui l'on remet une si lourde tâche est une pyramide établie sur sa base, comprenant trois échelons (local, régional, national) et à chaque échelon trois pouvoirs (législatif, exécutif, judiciaire). Chaque pouvoir est élu. L'activité corporative se concentre dans les régions ; le Conseil national en émane, au lieu de les diriger. La Corporation, ayant ainsi mission et rouages,

organise la profession : elle fixe un concours d'entrée, distribue les postes, taille dans les clientèles de chacun pour assurer à tous un minimum vital, pose ses règlements et les fait respecter, procure la sécurité par l'entr'aide et la retraite. Chaque corps de métier concourant au maintien de la santé constitue une semblable république professionnelle. Leur fédération, sous l'égide de la Corporation médicale, forme la Corporation sanitaire.

Il y a là de fort bonnes choses, des idées qui, pour nos lecteurs, prennent figure de vieilles connaissances. Disons tout de suite cependant que la « propriété du métier » est une manifeste « impropriété de terme » : une profession « service public » au sens large du mot n'est point susceptible d'appropriation privative. Quant à l'originale formule « la médecine aux médecins », elle nous rappelle infailliblement « l'usine aux ouvriers ». Pourquoi pas aussi l'armée aux militaires, la justice aux juges, l'Etat aux fonctionnaires ? Laissons là ces critiques mineures ; nous prétendons que, dans son ensemble, cette doctrine appliquée en France de 1943, crééerait « ex nihilo » une institution par avance mort-née.

Mais le droit de critique nous est-il ouvert ? Portons-nous atteinte ainsi à une institution que la tradition historique revêt d'un caractère quasi-sacré et en tout cas d'une valeur tout expérimentale ? Singulière contradiction que nous sommes heureux de lever : on s'empresse à repousser les vieilleries moyenâgeuses et l'on promet de construire un corporatisme moderne. Puis, s'il y a lieu de passer sur la défensive, on se réfugie derrière la tradition... ! Marquons donc les différences fondamentales entre les institutions de l'ancienne France et celles qu'on nous propose :

Le mot Corporation date du XVIIIe siècle, Corporatisme est tout récent. Il n'y avait point de théorie formelle, de doctrine de l'institution. Du XIe au XVIIIe siècle, d'une province à l'autre se rencontrent en France toutes les formes et tous les noms. Une définition générale ne peut qu'être aussi vague que celle-ci : groupement de droit semi-public soumis à une discipline collective pour l'exercice d'une profession. Ce foisonnement aux mille nuances traduit l'extrême localisation de ces corps (une ville, une seigneurie), la diversité de leurs origines (auto-défense en temps d'insécurité, prestation collective à un seigneur, groupe de dévotion ou confrérie, etc...). En dehors d'eux subsistera toujours un vaste « secteur libre » : Paris comptait en 1673, 13.000 ouvriers non incorporés. La fameuse « propriété du métier » revient non au Corps, mais au seigneur ou au roi qui en disposent comme d'un fief. Groupes spontanés, les Corps conquièrent par la force ou l'échange leur droit d'existence et leur charte. Puis l'autorité établie y voit de commodes instruments fiscaux, d'utiles organes de gestion économique. Ses interventions se multiplient. Charles VII nomme ses favoris à la tête des communautés. Les corps deviennent « choses du roi » qui s'efforce à les généraliser, à les imposer (Edits de 1582-1597). Colbert enfin les intègre définitivement dans l'Administration royale, en fait les organes d'un vaste « Socialisme d'Etat ».

On peut distinguer dans les Corps d'anciens régimes deux types extrêmes : les métiers « *jurés* » (autonomes) et les métiers « *réglés* » (par le seigneur ou le roi). Mais tous participent plus ou moins à ces deux formes. L'autorité bien souvent peut nommer les chefs ou les suppléer. Le gouvernement des corps est confié fréquemment (pas toujours), à un *Conseil de jurés*. Nommés par l'autorité, élus par leurs pairs, le plus souvent choisis par leurs prédécesseurs, parfois achetant leur charge, les jurés constituent une oligarchie fermée détenant tous les pouvoirs, dans la mesure où leur Corps n'est point « réglé ». Les Assemblées nombreuses au début sont restreintes peu à peu comme leurs pouvoirs, pour des raisons de police et se réduisent pratiquement à quelques délégations d'Anciens. Quant à la justice, le plus souvent gracieuse et non « en forme de procés », elle connaît toujours le droit d'appel devant « les juges ordinaires du roi ».

***

La doctrine que nous critiquons est donc une *pure construction de l'esprit*. Pourquoi alors ce dogmatisme intransigeant ? Serait-ce parce que la source doit être recherchée au-delà du Corps médical, en un centre d'études qui élaborerait LA doctrine corporative ? Aux dernières nouvelles d'ailleurs l'on en aurait fini avec la phase doctrinaire et l'on s'orienterait résolument vers « l'empirisme organisateur ». On a beaucoup reproché, en ces milieux, au régime d'avant-guerre, ses lois générales, purs décrets de l'esprit, et, sous d'autres noms, on perpétuait les mêmes erreurs. Ces constructeurs de systèmes avaient pour ambition, pour reprendre l'heureuse expression de Bergson, de « *plaquer leur mécanique sur le vivant* ». Une mécanique, si ingénieuse soit-elle, n'a jamais été qu'une caricature de la vie. Une institution, une corporation ne se décrète pas. La Société en accouche lorsque sa nature l'y conduit. Cet enfant porte alors sa marque et elle ne saurait le renier.

Mais ne peut-on invoquer en faveur de ce corporatisme de *vivantes expériences étrangères* ? Ce n'est certes point l'*expérience allemande*, avec ses groupes professionnels placés sous le contrôle direct du ministre de l'Economie, tournée avant tout vers la communauté d'entreprise et ses Comités de confiance nommés par le Parti. Ce n'est point non plus l'*expérience italienne*, dont les syndicats sont essentiellement des moyens de discipline fasciste, et qui constitue l'exemple le plus pur du Corporatisme d'Etat.

Il reste, nous savons, l'*expérience portugaise*. Elle inspire visiblement notre Charte du travail et serait le type même du Corporatisme d'association, heureux équilibre d'autorité et de liberté. Les différences sont grandes cependant entre notre peuple et cette petite nation de 95 % de paysans et de pêcheurs, au naturel doux et calme pour qui la politique est dépourvue d'attraits. Comment peut-on alors proposer sérieusement d'étendre à la France les institutions portugaises, à la manière de certains démocrates qui nous donnent en modèle le régime d'un canton suisse ? La réponse est aisée : le Corporatisme portugais n'est point encore une réalité, *il est et demeure quoiqu'on en dise l'harmonieuse théorie d'un professeur de sciences financières*. M. Salazar, chef de l'Etat est le premier à se méfier de ses pouvoirs. Il souhaite par l'Etat créer des associations spontanées. Cette immanente contradiction ne lui a permis de mettre sur pied depuis 1933 qu'un précorporatisme étatique et fragmentaire. Le système attend des hommes, une élite, un climat moral... Peut-être l'attendra-t-il longtemps encore ?

***

Dernière ressource, dernier carré, il y a La Tour-du-Pin et son autorité doctrinale reconnue. Souhaitons en ce cas que ses plus récents disciples veuillent bien lire leur auteur. Ils comprendront alors que La Tour-du-Pin se garde de confondre, sous le nom de « propriété du métier », la défense des droits professionnels avec la prise en charge d'un service

public. C'est essentiellement à l'entr'aide qu'il consacre le patrimoine corporatif (1). Quant au rôle de la Corporation dans l'Etat, il est de *représenter* les intérêts de la profession. Est-ce à la représentation qu'il appartient de gouverner ? En aucune manière. Il faut au contraire ne pas perdre de vue que le caractère de la représentation professionnelle a toujours été et doit rester essentiellement *consultatif* (2). Des « cahiers » de vœux ou de « remontrances » éclairent le législateur. Il ne s'agit pas d'exprimer une volonté souveraine, mais de faire appel à qui de droit, « *autrement ce serait le conflit organisé* » (3).

L'organisation intérieure des Corporations ? Elle doit être avant tout spontanée et vivante, diverse selon les professions, leur esprit, leur milieu. Dieu nous garde, s'écrie LA TOUR-DU-PIN (et combien nous applaudissons), des inventeurs de constitution, comme aussi des imitateurs, le fussent-ils de l'Ancien régime (4) ! Le modèle qu'il nous propose est en bref le suivant : la Corporation est une *association libre* fondée par la *volonté* des *membres actifs* de la profession et *composée d'eux seuls*. A ceux qui ont ainsi manifesté leur conscience de l'intérêt commun d'élire les conseillers dont les décisions régiront le *Corps d'état*, c'est-à-dire la totalité des professionnels (5). Pas de délibérations bâclées en assemblée plénière, mais des décisions mûries, prises par des syndics formant équipe, ayant le sens des responsabilités. En bref « la Corporation libre dans le Corps d'état orgaaisé ». Cette conception repousse donc, et formellement, les républiques professionnelles parlementaires, mais elle reste fortement teintée de démocratie. C'est en cela, nous dit LA TOUR-DU-PIN, que les corporations nouvelles diffèrent des anciennes, essentiellement aristocratiques, « c'est en cela que consiste leur caractère d'*appropriation aux temps nouveaux, c'est-à-dire à une société démocratique* » (6).

Notre auteur, sociologue averti, sait en effet que les institutions sont le fruit d'une Société et portent la marque du moment historique où elles ont pris naissance, que la nation est un être qui vit et se meut dans les siècles, que chacun de ses « moments » ne ressemble ni au précédent, ni au suivant, et qu'il est vain de vouloir prétendre fixer l'un d'eux pour la postérité. Nous avons poursuivi notre route depuis 1907, nous avons franchi de nouveaux jalons, nous en franchirons d'autres encore qu'il n'appartient pas plus aux professions de poser qu'à nous-mêmes de prévoir. Il faut donc à nouveau « mettre la voile selon le vent », et LA TOUR-DU-PIN pour son compte n'y eut point manqué.

***

C'est ici qu'on nous attend. Il nous faudrait choisir entre l'anarchie libérale et l'étatisme soviétisant ; nous ne pourrions nous échapper ni à droite, ni à gauche, une seule porte nous serait ouverte, celle du *juste milieu*, « *id est* » le Corporatisme modèle unique et obligatoire. Nous comprenons fort bien que les auteurs d'un système si évidemment transactionnel, donc instable, soient hantés par chacun de ces deux extrêmes en quoi leur mécanique peut à tout moment se résoudre. Nous avons dit, quant à nous, que nous refusons d'entrer dans ce cercle où l'on prétend nous enfermer. L'évolution créatrice déroutera une fois de plus les faiseurs de systèmes. Il serait peut-être temps, par ailleurs, que disparaisse ce vieux réflexe électif en vertu duquel chaque français choisit le régime de son goût, d'après son étiquette, à la foire aux idées. Pour tenter de prévoir donc d'agir, il y a lieu au contraire d'observer les données sociales en voie de formation, en se gardant de méconnaître les conditions permanentes de toute société, que l'histoire nous enseigne. Avec LA TOUR-DU-PIN nous disons donc à qui l'on sait que « *la politique ne perdrait rien à être un peu plus scientifique, c'est-à-dire à reposer davantage sur les observations et moins sur les passions* » (1).

§

Cette méthode nous conduit à deux conclusions que nous croyons valables, *quoi qu'il arrive* : les temps critiques une fois révolus, nous nous trouverons devant une *conception renouvelée de l'Etat*, et cette conception aura pour base et pour moteur la notion de *communauté*.

Expliquons-nous. L'Etat de nos corporatistes « libéraux mal repentis » reste évidemment le vieil Etat libéral, réduit au rôle de « gendarme » dont en conséquence tout honnête français, toute honnête corporation se méfient comme d'un ennemi-né. C'en est, ou plutôt sera fini d'une telle conception. Reprenons les « jalons de route » (excellente lecture décidément) et disons avec LA TOUR-DU-PIN que l'homme la profession ne sont pas des « prisonniers d'Etat », « l'homme — la profession — sont membres actifs en même temps que passifs de la Société, et celle-ci n'est pas un agrégat informe d'individus — ou de Corporations — maintenus par un mécanisme artificiel, mais un organisme vivant dans toutes ses parties infiniment variées » (2). Laissons donc au magasin des accessoires du régime défunt les rouages à contre-poids inspirés de Montesquieu, et disons qu'il n'y a qu'*un Corps qui est la nation*. Toutes ses parties ne sont que des organes qui vivent sur son sol et de son sang. Quant au problème qui nous occupe, il s'agit beaucoup moins de créer de nouveaux Corps, que d'*organiser des professions*. Ce souci d'organisation l'Etat le possède autant et parfois plus que la profession elle-même. Dirigeant la vie physique de la Société, l'Etat moderne a l'urgent besoin d'en prendre conscience, de lui transmettre ses impulsions, de connaître en toutes ses parties ses intimes réactions. Seule une structure organique, en place de l'aspect diffus d'autrefois, peut lui permettre de remplir sa mission.

Mais l'Etat moderne cesse d'être l'ennemi redouté. Un climat de confiance, d'accord, s'établit ; sur lui se reporte une part de l'amour qu'on doit à son pays. C'est là, nous dit LA TOUR-DU-PIN, la « loi de vie » des nations. « L'homme est un être religieux, tout ordre social correspond, en une mesure plus ou moins complète, à une conception religieuse. La théocratie reste un trait essentiel de la constitution de l'humanité. Il n'y a pas d'Etat neutre, parce qu'il n'y a pas d'Etat qui ne soit l'expression politique d'une société, et pas de société qui soit sortie du vide des croyances ou d'idéal chez ses premiers auteurs » (1). Le régime féodal et corporatiste du Moyen-Age reposait essentiellement sur la religion et l'Ordre social chrétien qui en était le ciment. *L'Etat moderne reposera sur une conception quasi-religieuse de la communauté.* Quelle en sera la mystique ? Il serait ridicule de notre part de le dire, alors

(1) Jalons de route, Beauchesne, éditeur, page 27.
(2) *Ibid.*, page 394.
(3) *Ibid.*, page 401.
(4) *Ibid*, page 444.
(5) *Ibid.*, page 399 et suivantes.
(6) *Ibid*, page 154.

(1) Jalons de route, Beauchesne, éditeur, page 250.
(2) *Ibid.*, page 491.
(3) *Ibid.*, pages 165, 169 et 171.

qu'elle n'est point encore née. Elle surgira à son heure du plus profond de notre génie. Parions cependant qu'elle sera largement imprégnée d'humanisme.

Mais cette communauté ne vivra tout d'abord qu'au *sein d'une élite, d'un noyau actif*, dont les membres seront aussi des professionnels. En même temps qu'ils poseront les bases de l'Etat, ils constitueront les cadres des corporations. Et cette naissance commune perpétuera la communauté de doctrine et d'action entre les gardiens du pays et ceux des professions. C'est par l'unanimisme et non la mécanique que se résoudront les heurts entre Etat et Corporations. Qu'on veuille bien croire que l'étatisme est ainsi largement dépassé : car de l'Etat ou des Corporations ni l'un ni l'autre ne précède, ils procèdent tous deux de la communauté. Du tout se dégage un parfum de république platonicienne qui n'est pas pour déplaire à la part méditerranéenne de notre génie.

Cette « aristocratie » nouvelle, au reste constamment ouverte, s'agrégera peu à peu tous ceux qui participeront activement à la communauté nationale. Leur association spontanée, habituée au travail en équipe, formera, façonnera l'organisation professionnelle et les règles élaborées seront générales et obligatoires. Au sein de ces associations, on recourra certes à l'élection, mais ce sera beaucoup plus une *cooptation* qu'un vote, ce que GIRAUDOUX a si heureusement appelé le « *choix des élus* ». Pour l'extérieur il faudra recourir périodiquement à des referendums. On leur demandera, non de créer une règle ou de désigner un homme, mais de manifester un consentement, une adhésion, une confiance collectives.

Telle nous apparaît, en toute objectivité, l'évolution future. Pour l'heure, il ne peut s'agir que de « précorporations » fondées par les soins, donc sous la tutelle d'un Etat, pure expression juridique de l'autorité toute nue. Est-ce une raison pour s'abstenir ? En aucune manière. Il faut au contraire travailler, au sein même des institutions actuelles, à rechercher cette communauté, à susciter ces hommes, à former cette élite. Et nous conclurons avec François PERROUX : « *le plus grand drame du corporatisme serait de créer des corporations sans communautés* ».

***

Quant à ciseler dès maintenant les fins rouages d'un mécanisme corporatif, nous n'y voyons, si l'horlogerie choque, que pur travail d'orfèvre. Qu'on veuille nous pardonner de n'y porter aujourd'hui qu'un médiocre intérêt.

Jean MIGNON.

DES DANGERS DU SALARIAT MÉDICAL

Le salaire est la condition dans laquelle un employé travaille au profit d'un employeur, auquel il n'est lié que par un contrat de louage de service et moyennant une rétribution convenue d'avance, appelée salaire et constituant l'obligation principale de l'employeur.

C'est de longue date la condition banale du travailleur, condition qui tend à se substituer à l'artisanat à mesure que progresse l'industrie et que s'industrialise l'agriculture. Jusqu'à ces dernières décades, le médecin était resté un travailleur indépendant. Les premières lois sociales qui ont vu le jour, n'apportant au problème médico-social que des solutions illusoires et parcellaires, ont fait du médecin un salarié de l'Etat (salaire à la pièce de l'A. M. G., de l'art. 64 ; salaire à façon des médecins de nourrissons, des médecins scolaires, des médecins des dispensaires anti-tuberculeux et anti-vénériens) ou un salarié des grandes entreprises (médecins du chemin de fer, médecins des dispensaires privés, médecins de compagnies d'assurances, médecins du Métropolitain, médecins des sanatorias, etc.).

D'autres lois sociales, d'autres créations sanitaires, ont amélioré notablement la condition des travailleurs. Mais dans leur embauche de médecins, elles ont maintenu le salariat : médecins des caisses d'assurances sociales, médecins des entreprises industrielles, médecins des sociétés sportives, soins aux militaires et à leurs familles, médecins des camps de jeunesse. De rares postes ont été fonctionnarisés. La plupart sont distribués au petit bonheur au médecin le plus protégé ou le mieux présenté, parmi les innombrables postulants, moyennant un salaire modique qui implique l'attribution d'un temps minime.

Le salariat envahit la profession médicale, au grand dam de la médecine et des malades. La plupart des médecins sont maintenant des salariés partiels. Nous allons voir bientôt le salariat s'étendre à la quasi totalité du champ d'action des médecins.

Les comités sociaux, doués des meilleures intentions, mais aveugles devant la qualité des soins médicaux et les besoins sanitaires réels de l'homme et des sociétés, s'efforcent de créer, chacun dans sa sphère, des établissements de soins.

Les assurances privées s'efforcent de faire main basse non seulement sur les soins aux accidentés du travail et aux maladies professionnelles, mais sur la totalité de la médecine préventive. Ainsi serait commercialisée la plus belle et la plus impérieuse mission du médecin ! Ainsi tout ce travail médical qui s'offre à nous et constitue notre devoir envers la société serait distribué au petit bonheur aux *salariés totaux* que nous sommes en train de devenir.

Le salariat est la condition la plus défavorable à l'exercice d'une bonne médecine, tant du point de vue des malades que du point de vue de la médecine et de celui des médecins.

Du point de vue des malades :

Le salariat implique *instabilité* et changement, tant à la volonté de l'employeur qui cherchera chez ses médecins la docilité et la soumission, qu'à la volonté de l'employé, qui s'efforcera souvent d'obtenir un poste plus rémunérateur, plus intéressant ou plus calme.

Cette instabilité du médecin à son poste est un grave inconvénient pour les malades qui, avec raison, aiment être suivis par le médecin auquel ils se sont déjà confiés.

Si le médecin et ses auxiliaires changent et se succèdent à un même poste, les conditions sont mauvaises pour le respect du secret professionnel. Le salariat médical va habituellement de pair avec la création de tâches fixes qui excluent le libre choix du médecin par le malade. Or, s'il est néfaste au malade de changer de médecin capricieusement, il est bon qu'il puisse choisir avec réflexion et conscience son médecin et, une fois ce choix bien fait, s'y maintenir.

Du point de vue de la médecine :

La qualité de la médecine ne peut que souffrir de la dispersion du médecin obligé de se partager entre ses divers postes de salarié et sa clientèle personnelle. Une bonne technique médicale ne se peut plier à cette dispersion dans l'espace et dans le temps.

Il est nécessaire que le malade puisse être étudié

dans son cadre et son hérédité. Que deviendra cette médecine de groupe, si chaque membre de la famille est traité par un médecin différent, par le médecin de son usine, de son bureau ou de sa corporation ?

La culture du médecin ne saurait se maintenir et se développer s'il ne peut lui consacrer un temps suffisant, si son travail médical doit se partager entre des besognes diverses, en des lieux multiples. Si l'on veut imprimer un essor à la lutte contre les fléaux sociaux, au développement de la médecine préventive et de l'hygiène, il faut donner aux médecins qui en seront chargés l'unité de tâche, une vue d'ensemble sur chaque question et non la multiplicité des besognes salariées.

Du point de vue du médecin :

Même s'il lui était attribué un salaire suffisant pour mener une vie digne, la condition de salarié, la dépendance qu'elle entraîne, n'est pas compatible avec l'autorité morale et sociale nécessaire au médecin pour bien remplir son rôle humain.

A trop se répandre en besognes multiples dont chacune est souvent trop lourde pour le temps qu'il y peut consacrer, le médecin risque de voir s'éteindre l'intérêt qu'il porte à son métier. Il risque de se laisser entraîner dans l'écoulement mécanique des jours et des tâches ingrates.

Dans le salariat médical que nous avons décrit et dont la marée montante menace de submerger le Corps médical français, le taux du salaire n'est pas fixé par les besoins du médecin, mais par la loi de l'offre et de la demande. La concurrence subsiste, plus âpre, plus implacable que jamais. Elle a seulement changé de terrain, elle continue comme en médecine libre, à opposer le médecin au médecin, au lieu de les unir dans la noblesse et dans l'enrichissement de la tâche commune.

Le salariat médical laisse, comme le régime actuel, l'insécurité planer sur la vie et l'avenir de chacun. Aucune mesure contre la maladie, l'accident et la mort. Aucune disposition en faveur de la veuve, de l'orphelin, de la vieillesse.

Le salariat, sur lequel tous les médecins se précipitent pour joindre à leur clientèle « un fixe » de plus le salariat, seule porte apparemment ouverte aux médecins contre l'insécurité des temps, le salariat est la condition la plus défavorable à l'épanouissement de la médecine, à la sécurité du malade et de l'homme bien portant, à la dignité et à l'élévation morale du médecin.

L'installation du salariat médical est une réaction de la société contre la médecine individualiste, dont elle a senti toute l'insuffisance, surtout dans le domaine des maladies sociales, de la médecine préventive et de l'hygiène, mais elle est une réaction parcellaire et incohérente, qui ne répond pas aux conditions d'une bonne médecine.

C'est aux médecins qu'il appartient de canaliser cette réaction salutaire de la société en un effort utile aux hommes et à eux-mêmes ; il leur faut pour cela abandonner leur individualisme, constituer une communauté médicale capable d'une action cohérente et l'intégrer à la communauté sociale.

Dr A. VINCENT.



A TRAVERS L'OFFICIEL (*Suite*)

Dr DE MARQUEZ (Jean-Sylvestre-Curtis), exerç. à Montpellier (Hérault) ; Dr SCHUYTEN (Médard-Auguste), exerç. à Montpellier (Hérault) ; Dr MELUN (Tsicou), exerç. à Sées (Orne) ; Dr BIANCANI (Elio-Jean), exerç. à Paris ; Dr BORMAN (Igor), exerç. à Paris ; Dr DE SAINT-GENOIS DE GRAND-BREUCQ, exerç. à Pavillons-sous-Bois (Seine) ; Dr TORKOMIAN (Vahram), exerç. à Paris ; Dr WIEDERKEHR (Henri-Joseph-Arthur), exerç. à Paris ; Dr QUÉRU, né Maghid (Sora-Sonia), exerç. à Viroflay (Seine-et-Oise).

(*J. O.*, 14 novembre 1942).

Arrêté du 13 *novembre* 1942

Dr CONSTANTINESCO (Stephan), exerç. à Nice (A.-M.) ; Dr SLIOSBERG (Anatole), exerç. à Lougratte (Lot-et-Garonne) ; Dr ROUJANSKY (Khaïne), exerç. à Clermont-Ferrand, (Puy-de-Dôme) ; Dr ABI-YOUNES (Antoine), exerç. à Paris ; Dr BOGHOSSIAN (Archag), exerç. à Paris ; Dr CHEGROLET (Daniel), exerç. à Paris ; Dr DIAMANT (Isaac), exerç. à Nanterre (Seine) ; Dr FERNET, née Sophie Ettinger, exerç. à Paris ; Dr GRIMBERG, dit Grunberg (Avner), exerç. à Paris ; Dr MAC MASTER (Henry), exerç. à Paris ; Dr PERIL (Jean), exerç. à Paris ; Dr ZAPOROGETZ (Tatiana), exerç. à Paris

(*J. O.*, 18 novembre 1942).

2° MÉDECINS INTERDITS

Arrêté du 27 *octobre* 1942

Art. 1er. — Le bénéfice des dérogations prévues par la loi du 22 novembre 1941 est refusé aux praticiens d'origine étrangère dont les noms suivent, à qui l'exercice de leur profession est, en conséquence, définitivement interdite.

Dr HESKIA (Jacques), exerç. à Fresnoy-le-Grand (Aisne) ; Dr GRUBER (Joseph), exerç. à Cannes (A.-M.) ; Dr MOZIS (Silvio), exerç. à Cannes (A.-M.) ; Dr GLANGER (Salomon), exerç. à Montpellier (Hérault) ; Dr JANCOVICI (Maurice), exerç. à Ganges, (Hérault) ; Dr SCHWARTZ (Louis), exerç. à Montpellier (Hérault) ; Dr SEINFELD (Maximilien), exerç. à Montpellier (Hérault) ; Dr BISMUTH (V;ctor), exerç. à Longchaumois (Jura) ; Dr CREMNITZER (Sigmund), exerç. à Dieppe (S.-Inf.) ; Dr KERAMOPOULOS (Evanghelos), exerç. à Sotteville-les-Rouen (S.-Inf.) ; Dr SILBERMAN (Israël), exerç. à Chelles (S.-et-M.) ; Dr DASCALOPOULOS (Elie), exerç. à Orange (Vaucluse).

(*J. O.*, 14 novembre 1942).

Arrêté du 13 *novembre* 1942

Dr CRISTEA (Jean), exerç. à Raucourt (Ardennes) ; Dr DAVIDOVICI (Eliazar), exerç. à Esperaza (Aude) ; Dr ZILBER (Moïse), exerç. à Montpellier (Hérault) ; Dr ZISSMAN (Benjamin), exerç. au Caylar (Hérault) ; Dr CANAKIS (Paul), exerç. à Aschères-le-Marché (Loiret) ; Dr MOSCOVICI (Ephraïm), exerç. à Vernoil-le-Fourrier (Maine-et-Loire) ; Dr ASKENASI (Jules), exerç. à Sommesous (Marne) ; Dr BOUIN, née Sirotenko (Marguerite), exerç. à Bouxières-aux-Dames (M.-et-M.) ; Dr KUNSLTICH (Joseph), exerç. au Peillac (Morbihan) ; Dr BIRNBAUM (Herbert), exerç. à Longny-au-Perche (Orne) ; Dr BEHARA (Hertzel), dit Bérard (Henri), exerç. à Drancy (Seine) ; Dr HERSCOVICI (Leiba), exerç. à Paris ; Dr ROSSANO (Roger), exerç. à Paris ; Dr LUCA (Israël), exerç. à Paris.

(*J. O.*, 18 novembre 1942).




Hygiène du travail

Décret du 21 novembre 1942
portant règlement d'administration publique en ce qui concerne les mesures particulières d'hygiène applicables au personnel travaillant d'une façon habituelle dans les égouts.

....

Art. 7. — Les chefs d'établissement, dont le personnel est occupé d'une façon habituelle dans les égoûts, sont tenus de désigner un médecin qui procède aux examens et constatations prévus à l'article 7.

Art. 7. — Aucun ouvrier ne peut être admis à des travaux comportant d'une façon habituelle le séjour dans les égoûts sans une attestation délivrée par le médecin et portant que ce travailleur est exempt de tuberculose pulmonaire et de toute autre affection susceptible d'être aggravée par le séjour dans les égoûts.

Aucun ouvrier ne doit être maintenu aux mêmes travaux si cette attestation n'est pas renouvelée deux mois après l'embauchage et ensuite une fois par an au moins.

En dehors des visites périodiques, le chef d'établissement est tenu de faire examiner par le médecin tout ouvrier qui se déclare indisposé par les travaux qu'il a effectués dans les égoûts.

Art. 8. — Un registre spécial mis constamment à jour et tenu à la disposition de l'inspecteur du travail mentionne pour chaque ouvrier occupé d'une façon habituelle dans les égoûts :

1° Les dates et durées d'absence pour cause de maladie quelconque ;

2° Les dates des certificats présentés pour justifier ces absences, les indications que pourraient contenir ces certificats et la mention du médecin qui les a délivrés ;

3° Les attestations formulées par le médecin de l'établissement par application de l'article 7.

Art. 9. — Les chefs d'établissements sont tenus d afficher dans un endroit apparent des lieux où se font l'embauchage et la paye des ouvriers ainsi que dans les locaux à usage de vestiaire le nom et l'adresse du médecin chargé de procéder aux examens.

Questions juives

Arrêté du 10 novembre 1942 instituant une Commission scientifique pour l'étude des questions de biologie raciale et nommant ses membres.

(*J. O.*, 10 novembre 1942).

& ECHOS COMMENTAIRES

LE RELÈVEMENT DU TARIF DES ACCIDENTS DU TRAVAIL. — LA FUSION DES C. C. M. DANS LA MUTUALITÉ. — ALERTE AU FISC. — VŒUX DE CIRCONSTANCE. — RELÈVEMENT D'HONORAIRES POUR LES MÉDECINS DES PRISONS. — CONTINGENT DE COURANT ÉLECTRIQUE ACCORDÉ AUX ÉLECTROLOGISTES DE LA SEINE.

Des informations récentes nous avaient permis de penser qu'un accord général s'était fait sur une augmentation de moitié du Tarif ministériel des accidents du travail, — et nous commencions, mais un peu tôt, à nous en réjouir.



Nous avions hélas compté sans les bureaux ministériels !

Aux dernières nouvelles, on parlerait comme d'un maximum d'une hausse de 25 % !

Faut-il dire une fois encore que le tarif actuel date du début de 1939, année générale de référence en matière de hausse des prix ? Faut-il rappeler aux Finances, les nombreuses majorations accordées par leurs Services des prix depuis deux ans dans les domaines les plus divers ? Faut-il insister sur l'évidente ascension du coût de la vie dont on peut dire en restant modeste qu'il a officiellement plus que doublé ?

Certes, il est légitime que, dans le malheur commun, nul ne puisse intégralement échapper à la rigueur des temps. Il ne peut donc être question d'échelle mobile automatique. Mais se borner à demander 50 % lorsqu'on subit soi-même 100 % est faire au sacrifice nécessaire la plus juste des parts.

Qu'on ne vienne pas nous dire que la hausse du tarif entraînerait une hausse des primes retentissant sur notre prix de revient national. Ce prix de revient n'en est plus hélas aujourd'hui à enregistrer des variations de cette amplitude, et l'on souhaite qu'il n'en connaisse jamais de plus fortes !

L'on serait curieux par ailleurs de savoir sur quelles études, sur quels chiffres l'on s'est fondé pour aboutir à ce taux transactionnel de 25 %, qui sent d'une lieue son maquignonnage !

Quelques explications claires ne seraient pas superflues, qui mettraient heureusement un terme à des bruits que nous voulons croire tendancieux, selon lesquels les discussions instaurées autour de ce tarif n'auraient avec lui que des rapports bien lointains.

***

Dès la création des Comités sociaux prévus par la Charte du travail, la question de la couverture des risques médicaux et chirurgicaux s'est posée. Et l'on a commencé naturellement par envisager la création ou le développement des dispensaires.

Le Corps médical et ses représentants se sont émus et le Docteur Vignoli a proposé, on se le rappelle sans doute, la solution Caisse médico-chirurgicale.

C'était proposer la solution Assurance-mutualiste maladie, en place de la gestion directe par les Corporations d'organismes de soins.

Mais la Mutualité médicale que nous qualifierons de moderne, se différencie de la Mutualité générale en ce qu'elle fait bénéficier ses membres des principes de la charte médicale (libre choix, entente directe). Elle avait donc occupé jusqu'à maintenant une place à part et s'était constituée en Fédération autonome.

La Mutualité française se présentant divisée devant le Corporatisme naissant aurait eu bien peu de chances de voir ses offres acceptées. La fusion s'imposait donc pour parer aux dangers de double emploi et d'anarchie que des initiatives aussi louables que mal inspirées n'eussent pas manqué de faire courir.

Cette fusion nécessaire est dès maintenant acceptée et pratiquement accomplie.

Mais allait-on assister à un recul, à l'abandon de tout ce qui faisait l'originalité et l'intérêt des Caisses médicales ou chirurgicales mutuelles ? Le risque était grand ; il fut partiellement évité.

La Mutualité *admet le principe du libre choix, le principe de l'entente directe.* Elle y apporte cependant encore de sérieuses réserves. Elle n'admet pas encore le libre choix illimité entre les membres de l'Ordre, ses Conseils ne lui inspirant pas une suffisante confiance. Elle restreint l'entente directe aux mutualistes dotés d'une aisance certaine. Elle demande pour

l'ensemble des mutualistes, la généralisation du tiers-payant.

Il est certes opportun que la Mutualité s'unisse pour que la solution assurance-mutualiste soit adoptée par la Corporation de demain en matière de lutte contre la maladie. Mais cette généralisation de l'assurance, libre comme obligatoire, en plein inter-règne de la Corporation médicale, nous oblige à prévoir dès maintenant quelles pourront en être les répercussions sur le statut du médecin praticien. Il nous semble nécessaire que l'Ordre, assurant son autorité, exige une loi garantissant au moins, dans la Mutualité nouvelle, l'existence des mêmes garanties que dans les Assurances sociales.

***

Le fisc « reconsidère » actuellement la question de la patente.

Le plus candide contribuable dressera l'oreille à cette nouvelle, car il sait d'expérience, ce qui résulte pour lui de ces « méditations » fiscales.

En fait, les promesses faites aux médecins, il y a quelques mois, sont effrontément violées.

L'exonération de moitié pour les trois premières années d'exercice est limitée à la première année.

Les patentes médicales sont rangées par catégories et en définitive, une augmentation moyenne de 10 % leur est appliquée.

Nous croyons savoir que le Conseil supérieur de l'Ordre, vivement ému par cette offensive brusquée du fisc, contre-attaque et que le débat est actuellement en cours.

***

A la suite des récents événements, plusieurs Conseils départementaux ont émis le vœu que les médecins militaires désormais sans emploi soient affectés aux camps de prisonniers et relèvent les réservistes.

La chose est-elle encore possible ? On ne sait. Mais si elle l'est, il conviendrait que le Service de santé, ayant perdu tous les prétextes derrière lesquels il se dérobait jusqu'à présent, se souvînt qu'il est fait pour servir.

***

Un substantiel relèvement d'honoraires pour les médecins des prisons et établissements pénitentiaires est actuellement en discussion.

Les pourparlers suivent un cours favorable et l'on est en droit d'espérer qu'ils aboutiront sous peu à une conclusion de nature à donner satisfaction à nos confrères.

***

La C. P. D. E. communique la décision suivante :

A partir du premier relevé de compteur postérieur au 1er octobre 1942, le taux de réduction applicable à la consommation professionnelle de base des médecins spécialistes est fixé à 70 %.

Les bénéficiaires sont les médecins possédant des appareils de radiologie, diathermie, électrothérapie, rayons X ou ultra-violets, ayant une puissance souscrite égale ou supérieure à 30 hectowatts.



CORRESPONDANCE

5063. — Accident du travail. — De la nécessité de l'aide d'un autre médecin dans une intervention peu importante.

Etant en litige avec la Compagnie d'assurances X., je viens vous demander ce qu'il y a lieu de faire.

Le blessé ayant une large plaie profonde de la main, j'ai aidé le chirurgien lors de la suture et ai compté à la Compagnie l'aide au tarif de 80 francs.

La Compagnie refuse de me payer, son Conseil médical ayant estimé que, pour une suture, la présence d'un aide n'était pas indispensable. Jusqu'à présent, j'ai refusé le paiement de la note.

Dr P.

Réponse

Il n'y a pas, jusqu'ici, d'honoraires spéciaux pour le médecin traitant, en matière d'accident du travail. D'autre part, un « aide », docteur en médecine, est-il nécessaire pour une suture au niveau d'une main ?

C'est là une question qui serait à poser devant la Commission d'arbitrage, mais « a priori », je n'oserais vous conseiller de poursuivre cette affaire alors qu'il ne s'agit, en somme, que d'une simple suture (étant entendu qu'il n'y a pas eu d'anesthésie) et qu'en l'espèce, l'aide toucherait des honoraires fortement plus élevés que ceux de l'opérateur lui-même.

4923. — Médecine sociale.
Lumières sur l'inspection médicale du Travail.

Le numéro du *Concours* du 1er novembre 1942 publie la composition du Comité chargé « .... de fixer les règles générales d'action des médecins inspecteurs du travail ». (*J. O.*, du 25-10-1942).

Ces règles générales d'action ont-elles déjà été prévues au moins dans leurs grandes lignes et, si oui, à quels numéros du *Journal officiel* se référer. En particulier, prévoit-on comme pour les médecins de la Santé, des médecins-inspecteurs régionaux et locaux ? Quels seraient, au moins sommairement, leurs rôles et attributions ?

Dr Ch. A.-C.

Réponse

L'arrêté du 6 octobre 1942 que nous avons publié dans le numéro du « Concours médical » *du 1er novembre 1942 a été pris en exécution de l'art. 4 de la loi du 31 octobre 1941 relative à la protection médicale du travail (publiée au* Journal officiel *du 20 novembre 1941 et dans le* « Concours médical » *du 7 décembre 1941) qui a autorisé le secrétaire d'Etat au Travail à recruter trois médecins inspecteurs généraux et des médecins inspecteurs du travail. Les grandes lignes de l'activité des médecins inspecteurs du travail ont été tracées par l'art. 2 de cette loi. Cette activité porte notamment sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux sociaux des établissements industriels et commerciaux.*

Un décret du 4 février 1942 a fixé les conditions de désignation et rémunération des médecins inspecteurs généraux et des médecins inspecteurs du travail (J. O., 6 *février* 1942, « Concours médical, 22 février 1942).

Les trois médecins inspecteurs généraux du travail ont été nommés par arrêté du 7 mars 1942 (Docteurs Eck, Gros et Ménétrier). Les médecins inspecteurs du travail n'ont pas encore été nommés. Ils devront l'être par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail pour remplir, en dehors de leur activité professionnelle habituelle, des missions de caractère temporaire rémunérées à la vacation.

Un communiqué du Secrétariat d'Etat au Travail publié dans le numéro du « Concours médical » *du* 1er *août 1942 demande aux médecins pouvant être inté-*

ressés par cette fonction d'adresser leur candidature à Monsieur l'Inspecteur divisionnaire du Travail de leur région.

L'activité des médecins inspecteurs du travail va recevoir certainement un coup de fouet du fait de la promulgation de la loi du 28 juillet 1942 relative à la médecine d'entreprise.

Les arrêtés nommant les médecins-inspecteurs du travail seront incessamment publiés.

2.494. — Automobilisme. Réchauffage du carburateur

Très intéressé par vos multiples articles parus dans le *Concours Médical*, au sujet de la mise en route du moteur par temps froid et essence saturée d'alcool, je viens vous demander, par la voie du même journal, votre avis technique sur la solution improvisée suivante :

Au centre d'une vieille parabole d'un phare d'auto, une résistance est adaptée sous forme d'un vieux réchaud. Le tout est branché sur le courant — lumière du garage. — La parabole et sa résistance sont suspendus au carburateur qui est réchauffé par cet engin improvisé comme l'aurait fait autrefois un Thermix.

Y a-t-il quand même danger d'incendie à employer ce procédé dans un garage ?

Dr V.

Réponse

Si la résistance de réchauffage dont vous parlez n'est pas incandescente, ou si au maximum elle ne dépasse pas le rouge naissant, il n'y a pas de danger d'incendie. Il en serait autrement si la résistance atteignait le rouge vif : dans ces conditions, en effet, de l'essence et même de l'alcool placés au voisinage pourraient s'enflammer.

Henri Petit.

3570. — Comment détartrer un radiateur

Après deux ans de « sur cales » je viens de remettre ma voiture en route. Malgré que le radiateur ait été vidangé comme il se doit, l'intérieur des tuyaux d'orgue est fortement encrassé de rouille.

Il paraît qu'on ne trouve plus de détartrant. Quel produit employer en remplacement ?

La pompe fonctionne bien, mais le moteur chauffe un peu sur un long parcours (l'eau bout, et il se produit de l'auto-allumage). L'avance est au point. Il s'agit d'une 11 légère Citroën.

Dr F.

Réponse

Pour détartrer le radiateur, on peut utiliser l'acide chlorhydrique dilué dans deux ou trois fois son volume d'eau. On laisse le liquide pendant environ une demi-heure dans le radiateur, puis on vidange et on rince à grande eau. On enlève ainsi le carbonate de chaux.

On peut également laver avec une lessive de soude ou de potasse, qui arrive à dissoudre au moins partiellement le sulfate de chaux et enlève la rouille. Mais, il est très difficile, à l'heure actuelle, de trouver de la soude ou de la potasse caustique.

L'auto-allumage dont vous vous plaignez peut provenir de bougies détériorées. Il peut également avoir pour cause le mauvais refroidissement, ainsi que vous le pensez.

Henri Petit.

Gérant : J. Mignon — Nº d'autorisation : 77 et Pa 692 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)



SOIXANTE-QUATRIEME ANNÉE   Nos 51 et 52   LUNDI 21 DÉCEMBRE 1942

LE

CONCOURS MÉDICAL

379-381

Fondé en 1879 par Auguste CÉZILLY

R. C. Seine 76.579   Dr J. NOIR, Directeur   C. P. Paris 167-95

Rédaction, Administration, Publicité : 37, rue de Bellefond, PARIS (9e)   Tél. : TRUdaine 33-66

SOMMAIRE

Partie scientifique

Partie professionnelle

Demi-colonnes

DERNIÈRES NOUVELLES

— **Faculté de médecine de Paris.** *Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail* (Professeur DUVOIR). — L'Institut d'hygiène industrielle et de médecine du travail organise un enseignement théorique et pratique de médecine du travail, hygiène et toxicologie industrielles, et délivre un diplôme après examen. L'enseignement commencera le 15 janvier 1943 et sera fait à l'Institut médico-légal (place Mazas) et dans les hôpitaux.

Les cours sont publics mais les inscriptions sont obligatoires pour les candidats au diplôme. L'examen a lieu à la fin des cours.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis, vendredis de 14 à 16 heures. Droits : Immatriculation, 150 francs ; bibliothèque, 90 francs ; deux droits trimestriels de laboratoire à 300 francs (soit 600 francs) ; examen, 20 francs.

— *Elections de nouveaux professeurs.* — Dans sa séance du 26 novembre 1942, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, après élections, a proposé à l'agrément du ministre :

TARIFS DES ABONNEMENTS

Docteurs en Médecine....... 120 francs
Étudiants................. 80 francs
Le Numéro........ 5 francs

Correspondant en zone non occupée :
M. Paul RIBEYRE, Vals-les-Bains (Ardèche)
Toutefois, pour les questions d'abonnement ou d'administration, s'adresser au Siège social à Paris

Pour la chaire de *pathologie chirurgicale* : M. PETIT-DUTAILLIS ;

Pour la chaire de *pathologie médicale* : M. CHABROL ;

Pour la chaire de *clinique thérapeutique chirurgicale* (Vaugirard) : M. SÉNÈQUE ;

Pour la chaire *d'histoire de la médecine* : M. LIAN.

— **Faculté de médecine de Toulouse.** — M. MOREL, agrégé, est nommé professeur de médecine légale et déontologie.

— **Faculté libre de médecine de Lille.** — M. le Docteur E. CAMELOT, ancien doyen, vient d'être nommé doyen honoraire de la Faculté catholique de médecine de Lille.

— **Ecole de médecine d'Amiens.** — M. GIRARD, professeur suppléant de pathologie et clinique médicales, a été à nouveau chargé du service de la chaire de pathologie interne.

— **Hôpitaux de Rouen.** *Internat.* — Un concours pour deux places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire s'ouvrira le 14 janvier 1943 à l'hospice général de Rouen. S'adresser au secrétariat des hospices civils, 1, rue de Germont, Rouen.

— **Conférence de presse au Ministère du Travail.** —A l'occasion de la réunion inaugurale du Comité permanent de la Médecine du travail, le 8 décembre dernier, M. Hubert Lagardelle, secrétaire d'Etat au Travail, a reçu les représentants de la presse quotidienne et professionnelle.

Le Comité permanent, installé dans le courant de la matinée, en présence du Docteur Grasset, secrétaire d'Etat à la Santé, a une tâche bien définie dont M. Lagardelle traça les principales lignes.

Le Docteur Pierre Winter, membre du cabinet et conseiller médico-social du Secrétaire d'Etat au Travail, membre du Comité permanent, donna

ensuite lecture d'une note exposant dans quelles conditions la France, en retard sur les autres pays à ce point de vue, devra réaliser l'organisation nouvelle.

— A la jeunesse médicale. — Le Centre national de coordination et d'action des Mouvements familiaux a organisé une enquête sur les rapports de la Famille et de la Jeunesse. Il essaie spécialement de préciser : 1° l'attitude des jeunes en face du problème familial ; 2° l'action des mouvements de jeunesse et des organismes officiels s'occupant de la jeunesse en vue de sa préparation au mariage ; 3° les initiatives prises par les Associations de familles pour garder le contact avec les jeunes ; 4° les méthodes et les organismes permettant d'établir la collaboration nécessaire entre *famille* et *jeunesse.*

« Médecine et Famille » fait appel aux membres du Corps médical et spécialement aux étudiants en médecine, pour collaborer à cette enquête.

Adresser les réponses à « Médecine et Famille », 28, place Saint-Georges, Paris-IXe, avant le 10 janvier 1943. Un questionnaire complémentaire est envoyé sur demande.

— Naissances. — Nous apprenons la naissance de Rémi CHAMPION, deuxième enfant du Docteur H. Champion (6, rue Jules Ferry, Dieppe, 28 novembre 1942) ; de Stéphane DESREUMAUX, quatrième enfant du Docteur Stéphane Desreumaux (Bergues, Nord, 18 novembre 1942).

— Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Professeur BÉGOUIN, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux ; du Professeur Louis HUGOUNENCQ, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon ; du Docteur René GAULTIER, ancien président de la Société de médecine de Paris ; du Docteur Marie-Joseph CHARTIER, de Lizy-sur-Ourcq (Seine-et-Marne) ; du Docteur René MATTON, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé à la Maison de retraite du médecin, à Valenton.

— Nous apprenons le décès du Professeur HAUTEFEUILLE, directeur de l'Ecole de médecine d'Amiens, président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Somme. Le *Concours Médical* adresse un souvenir ému à la mémoire de ce regretté maître, qui voulut bien pendant plusieurs années honorer notre journal de sa haute collaboration scientifique.

ORDRE DES MÉDECINS

Conseil supérieur de l'Ordre

De nombreuses demandes pour l'alcool à brûler étant encore adressées par des médecins, directement à la Section du pétrole, il est rappelé à nouveau qu'aux termes des dernières instructions, c'est aux préfectures qu'il faut s'adresser, celles-ci ayant des indications pour comprendre les médecins dans la catégorie E.

Il s'agit de l'alcool à brûler (pour réchauds par exemple), l'alcool naturel et l'alcool dénaturé (pour flambage) étant répartis par les soins des Conseils départementaux. (*Communiqué*).

Commission régionale des Conseils de l'Ordre de la région sanitaire de Paris

Tarif de responsabilité applicable aux assurés agricoles à compter du 1er janvier 1942 :

Voici le tarif de responsabilité qui nous a été communiqué par la Caisse interdépartementale des Assurances sociales :

Pratique médicale courante

	Région I	Région II	Région III
Consultation	28.10	23.45	18.75
Visite	28.10 + indemn. kilom.	23.45 + indemn. kilom.	18.75 + indemn. kilom.
Visite du dimanche	36.55 + indemn. kilom.	30.45 + indemn. kilom.	24.35 + indemn. kilom.
Visite de nuit	56.25 + indemn. kilom.	46.85 + indemn. kilom.	35.50 + indemn. kilom.

	Communes de 500.000 hab. et plus	Communes de moins de 500.000 hab.
P. C.	22.50	18.75

L'indemnité de déplacement dans les localités de plus de 50.000 habitants et leur banlieue est de 3 francs net. Dans les autres localités, l'indemnité kilométrique est de 2 fr. 50 (plaine) ou de 3 francs (montagne).

Chirurgie et actes de spécialité : K = 8 ou 15 suivant que le coefficient est inférieur à 40, ou égal ou supérieur à 40.

Hospitalisation

a) *Hôpitaux publics et hôpitaux privés assimilés.*

Médecine : 80 % du prix de l'A. M. G. plus les honoraires médicaux (4 francs moins 20 %).

Chirurgie : 80 % du prix de l'A. M. G. plus les honoraires médicaux (4 francs moins 20 %) ou, en cas d'intervention chirurgicale forfaitaire K = 3.50 (coefficient inférieur à 24) ou K = 7 (coefficient égal ou supérieur à 24).

b) *Hôpitaux privés ayant passé convention avec la caisse ou agréés.*

Médecine : 70 % du prix le plus bas des malades payants, sans pouvoir dépasser 80 % du prix de journée de l'hôpital public du département dont les prix sont les plus élevés, avec plafond de 50 francs, plus honoraires médicaux (5 francs moins 20 %).

Chirurgie : 70 % du prix le plus bas des malades payants sans pouvoir dépasser 80 % du prix de journée de l'hôpital public du département dont les prix sont les plus élevés avec plafond de 55 francs; plus, soit des honoraires médicaux (5 francs moins 20 %) soit en cas d'intervention chirurgicale forfaitaire K = 10 (coefficient inférieur à 24) ou K = 15 (coefficient égal ou supérieur à 24).

c) *Hôpitaux privés n'ayant pas passé de convention avec la caisse, mais se soumettant à son contrôle.*

Médecine : 70 % du prix le plus bas demandé aux malades payants, sans pouvoir dépasser 80 % du prix de journée de l'hôpital public du département dont les prix sont les plus élevés, avec plafond de 45 francs plus honoraires médicaux (4 francs moins 20 %).

Chirurgie : 70 % du prix le plus bas demandé aux malades payants sans pouvoir dépasser 80 % du prix de journée de l'hôpital public du département dont les prix sont les plus élevés, avec plafond de 50 francs ; plus soit les honoraires médicaux (4 francs moins 20 %), soit, en cas d'intervention chirurgicale forfaitaire : K = 6 (coefficient inférieur à 24) ou K = 10 (coefficient égal ou supérieur à 24).

d) *Hôpitaux non agréés* (pas de remboursement).

ASSURANCES MATERNITÉ

Accouchement à domicile : 475 francs net dans les communes de 200.000 habitants et plus ou 375 francs net dans les communes de moins de 200.000 habitants.

(*Extraits de la Circulaire.*)

Conseil départemental de la Seine

Relèvement des honoraires médicaux et tarif de responsabilité des Assurances sociales

Nous avons publié une lettre adressée à l'Union des Caisses d'Assurances sociales qui mettait cet organisme au courant des modifications que le Conseil de la Seine se proposait d'apporter au tarif des honoraires minima.

Certains renseignements nous avaient porté à croire que l'Union des Caisses, ne verrait aucun inconinconvénient à relever proportionnellement son tarif de responsabilité. Or il n'en est rien du moins pour la fin de 1942 comme le montre la lettre ci-dessous émanant de l'Union des Caisses.

Paris, le 18 novembre 1942

« Monsieur le Secrétaire général,

« J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que le bureau du Conseil de l'Union des Caisses a enregistré l'augmentation des tarifs corporatifs médicaux applicables aux assurés sociaux depuis le 1er octobre 1942, dont vous m'avez informé par lettre en date du 24 août 1942.

« Lors de la mise au point du tarif de responsabilité applicable pour l'année 1942, les représentants des Caisses n'ont pas hésité à réduire à 20 % la participation des assurés sociaux aux frais médicaux et ils n'auraient pas hésité à procéder à un nouveau rajustement du tarif si celui-ci avait pu se produire dans des conditions normales.

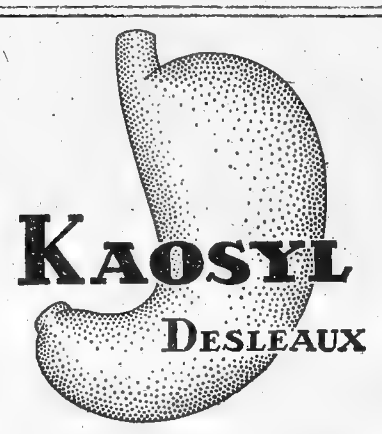
« En effet, les Caisses ont eu, au cours de l'année 1942, à mettre en vigueur non seulement des tarifs de responsabilité très sensiblement plus élevés qu'en 1941, mais ont vu croître dans des proportions considérables (53 % en moyenne) le nombre des dossiers maladie. Elles ont eu également à transformer leur technique pour la mise en application de la loi du 6 janvier 1942 alors qu'elles cessaient de connaître les ressources dont elles étaient appelées à bénéficier pour le présent exercice.

« Les Caisses ignorent encore le pourcentage de la cotisation globale affecté à la couverture des risques maladie-maternité. Elles ignorent le rendement exact des cotisations du nouveau régime et elles n'ont pu que mesurer un développement considérable du nombre de leurs réglements et un développement plus considérable encore du montant de leurs paiements.

« Il a donc semblé préférable au bureau de l'Union de ne pas procéder avant la fin de la présente année à une modification de tarifs afin de mesurer, lors de l'établissement de leur prochain bilan, les résultats du premier exercice pendant lequel les assurés sociaux ont été réellement et pour la première fois, indemnisés à 80 %.

« D'autre part, le bureau de l'Union des Caisses n'a pas manqué de constater une collaboration insuffisante entre l'Ordre des médecins et les orga-





nismes d'Assurances sociales. Cette collaboration ne peut être pleinement réalisée que par une convention créant une véritable stabilité des tarifs ou, tout au moins, étant donné les circonstances présentes, des relations étroites à examiner d'un commun accord. Cette collaboration doit avoir également pour base une prise en considération sérieuse des plaintes déposées par les Caisses concernant les abus commis par certains praticiens ainsi que la répression spontanée des abus tels que ceux résultant de l'entente directe dans les hôpitaux publics. Elle repose enfin, pour n'énumérer que quelques points essentiels, sur un souci de rechercher très strictement la plus grande économie dans les prescriptions pharmaceutiques.

« Dans ces conditions, tant en ce qui concerne l'application de la loi du 17 novembre 1941 que la législation applicable aux assurés assistés, le tarif de responsabilité des Caisses applicable au dernier trimestre de l'année 1942, reste celui notifié précédemment au Conseil de l'Ordre. »

Remplacements

Le Conseil départemental de la Seine rappelle que toute demande de remplacements doit être rédigée sur papier timbré à 6 francs et adressée, après avis favorable du Conseil de l'Ordre, à M. le Préfet de Police, Bureau d'hygiène.

L'autorisation n'intervient qu'après vérification des titres et de la nationalité du remplaçant et du remplacé.

A défaut de cette formalité, les étudiants exercent illégalement la médecine et s'exposent à des poursuites judiciaires. En ce qui concerne les docteurs remplacés, le délit de complicité d'exercice illégal pourrait être, le cas échéant, retenu à leur encontre.

(*Communiqués*).

Conseil départemental de Seine-et-Marne

Augmentation des honoraires

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Seine-et-Marne a décidé que les honoraires minima applicables aux assurés sociaux seraient fixés comme suit, à partir du 1er octobre 1942 :

Consultation	30 francs
Visite en ville	40 francs
Visite de nuit	80 francs
Visite demandée le dimanche	60 francs
Consultation avec confrère	60 francs

Examen d'un deuxième malade au cours d'une même visite, appliquer pour ce malade le prix de la consultation : 30 francs.

Visite en campagne .... 30 francs

Indemnité de déplacement : 3 francs par kilom. parcouru.

Pratique médicale courante :

Chiffre-clé : 30, pour les coefficients 0,75-1-1,50
25 à partir du coefficient 2
(en attendant que soit établie la nomenclature nationale des actes médicaux et chirurgicaux).

Accouchements :

Accouchement simple (non compris les visites consécutives) : 750 francs.

Accouchement gémellaire : 950 francs.

Accouchement avec forceps, ou version, ou délivrance artificielle : 850 francs.

Pose de forceps, sur demande sage-femme : 500 francs.

Délivrance artificielle (sans accouchement pratiqué) : 400 francs.

Délivrance simple (sans accouchement) : 400 francs.

Tarif d'Assistance médicale gratuite

Dans la Seine-et-Marne, le nouveau tarif d'Assistance médicale gratuite applicable depuis le 1er juillet 1942 a été adopté par la Commission administrative du département. Il est le suivant :

Consultation	15 francs
Visite	25 francs
Visite de nuit..............	50 francs
Visite du dimanche..........	30 francs

Indemnité de déplacement : 2 francs par kilomètre parcouru.

Petites interventions : 25 francs.

Accouchement simple : 400 francs.

(*Communiqués*).

A TRAVERS L'OFFICIEL

Assurances sociales

Arrêté du 16 novembre 1942 relatif à l'organisation du contrôle médical des Assurances sociales

....

Art. 2. — § 1er. — Nul ne peut être admis à exercer les fonctions de médecin conseil ou médecin conseil adjoint des Assurances sociales s'il ne remplit les conditions suivantes :

1° Etre Français d'origine, titulaire du diplôme de docteur en médecine de l'Etat français, inscrit à l'Ordre des médecins et n'avoir été sous le coup d'aucune mesure disciplinaire ;

2° Etre titulaire d'un diplôme spécial délivré par l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales dans les conditions fixées par un arrêté du Secrétaire d'Etat au Travail et du Secrétaire d'Etat à la Santé ;

3° Etre âgé de 40 ans au plus pour les fonctions de médecin conseil adjoint, de 30 ans au moins et de 45 au plus pour les fonctions de médecin conseil ;

4° Présenter une aptitude physique suffisante pour exercer des fonctions actives ;

5° Renoncer à toute clientèle privée et à toute activité jugée incompatible avec la fonction.

§ 2. — Les candidats remplissant les conditions ci-dessus sont inscrits sur une liste d'aptitude établie par une Commission spéciale siégeant auprès de l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales placée sous la présidence du président du Comité technique de l'Institut et comprenant des représentants : du secrétariat d'Etat au Travail, du secrétariat d'Etat à la Santé, de l'Ordre des médecins, des organismes d'assurances sociales, du corps des médecins conseils des Assurances sociales. Les membres de cette Commission sont désignés par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat à la Santé.

....

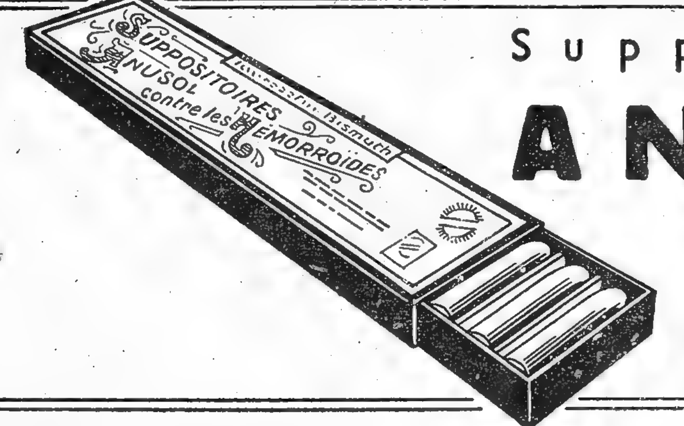
§ 4. — Les organismes d'assurances sociales choisissent obligatoirement sur cette liste d'aptitude leurs médecins conseils.

Art. 3. — § 1er. — Au siège de l'Union régionale, un médecin conseil régional est chargé de la coordination et de l'orientation des activités des médecins conseils et médecins conseils adjoints.

....

Voir la suite page XIV-1022.


DÉSÉQUILIBRE
NEURO-VÉGÉTATIF
SÉRÉNOL
RÉGULATEUR DES TROUBLES
D'HYPERTONICITÉ NERVEUSE
ÉTATS ANXIEUX-ÉMOTIVITÉ-INSOMNIES
DYSPEPSIES NERVEUSES
SYNDROME SOLAIRE - PALPITATIONS
DOSES Moyennes
par 24 Heures
1 à 3 cuillerées à café
ou 2 à 5 comprimés
ou 1 à 3 suppositoires
3 FORMES
LIQUIDE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
LABORATOIRES LOBICA
25, RUE JASMIN - PARIS (16e)


SUPPOSITOIRES
ANUSOL
contre les HÉMORROÏDES
Bismuth

PARTIE SCIENTIFIQUE

COMMENT AMÉLIORER LES RAIDEURS DE L'ÉPAULE ?

Par le Docteur Louis BERGOUIGNAN, d'Evreux
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Un blessé est atteint de traumatisme de l'épaule. Ce traumatisme a été souvent peu important, et, après vérification radiographique, montrant l'intégrité du squelette, on a porté le diagnostic « d'entorse » ou de « contusion » de l'épaule.

Dans d'autres cas, un peu plus graves, il s'est agi d'une luxation de l'épaule, rapidement et correctement réduite. Tout est en faveur d'un pronostic bénin, et il semble que, bien souvent, le retour à la normale doit être obtenu dans les quinze jours.

Parfois cependant, nous revoyons ces blessés à l'occasion d'une expertise, six mois ou un an après l'accident. L'épaule est enraidie, l'abduction spontanée n'atteint pas, ou atteint à peine l'horizontale, le deltoïde est en voie d'atrophie — Que s'est-il passé ?

Eh bien, je crois qu'il y a de multiples raisons à cet enraidissement. Mais les principales sont, sans aucun doute :

1° l'immobilisation immédiate et parfois prolongée de l'épaule dans une écharpe ;

2° Le défaut de mobilisation précoce, passive, puis active ;

3° la pusillanimité du blessé.

J'ai pu constater sur moi-même, les bienfaits de la mobilisation précoce dans les traumatismes de l'épaule. Il y a huit ans, à la suite d'une chute de ski, je me luxai l'épaule gauche. Réduction immédiate, sur le terrain même, par le procédé de Kocher. Le traumatisme avait été violent, puisque, dans les jours qui suivirent, une vaste ecchymose descendit dans la gouttière humérale, puis le long de l'avant-bras jusqu'au poignet.

Cependant, je n'ai jamais porté d'écharpe. Deux jours après l'accident, je chaussais à nouveau mes skis, dix jours après je conduisais ma voiture, et j'avais repris mon activité chirurgicale. Mon épaule me faisait évidemment souffrir, et six mois après, je la « sentais » encore. Mais une mobilisation passive, puis active, faite dès le lendemain de l'accident, m'a permis de recouvrer intégralement tous les mouvements.

Depuis cette date, je n'ai pratiquement plus jamais immobilisé ni les entorses, ni les luxations de l'épaule.

Bien au contraire, dès le lendemain ou le surlendemain de l'accident, je fais mobiliser l'épaule, en dirigeant moi-même les manœuvres. Si le blessé semble souffrir, je lui fais auparavant une infiltration de novocaïne.

Les résultats sont en général rapidement acquis et presque toujours excellents.

Mais il est une autre catégorie de blessés, qui est très intéressante, car on peut par des manœuvres raisonnées, obtenir un large degré de récupération : ce sont les blessés anciens de l'épaule.

Chez ceux-ci, l'abduction est très limitée, n'atteint pas l'horizontale. Et, cependant, la radiographie ne montre aucune lésion osseuse. Si on les examine, on s'aperçoit que la scapulo-humérale est complètement bloquée, et que les mouvements d'abduction ne s'obtiennent que par la bascule de l'omoplate.

Si on fixe celle-ci, l'abduction devient presque nulle.

J'ai, pour ces blessés, mis au point une manœuvre qui m'a donné d'excellents résultats :

Le blessé, torse nu, est assis sur un tabouret assez bas. Supposons qu'il s'agisse d'une épaule droite. Le médecin se place derrière le blessé, met à plat sa main gauche sur l'épaule droite, sur laquelle il s'appuie fortement, et prend avec la main droite le coude du blessé fléchi à angle droit.

Le rôle de la main gauche est de fixer l'épaule très solidement et de l'empêcher de remonter au cours des manœuvres d'abduction. Alors, la main droite se met au travail et doucement, prudemment, progressivement pour ne pas faire souffrir le blessé, elle mobilise le bras en avant, en arrière, en haut. Très rapidement, on sent que « ça joue ». L'abduction se précise, atteint 20, 30, 40°. Et, en quelques séances répétées tous les deux jours, on arrive à mettre le bras à l'horizontale sans que l'omoplate ait bougé. La partie est gagnée. La bascule de l'omoplate fera le reste.

On peut, évidemment, si le blessé semble souffrir ou est trop pusillanime, faire précéder la manœuvre d'une infiltration de novocaïne. Pour ma part, je ne le fais presque jamais.

J'ai pu ainsi, dans ces dix derniers mois, faire dépasser spontanément l'horizontale à deux blessés, qui venaient d'être expertisés, et qui avaient l'un 10 % et l'autre 12 % d'invalidité.

La méthode est simple. Essayez-là, et vous me direz ce que vous en pensez.

PRATIQUE DE LA SULFAMIDOTHÉRAPIE EN OBSTÉTRIQUE ET EN GYNÉCOLOGIE

Par Jacques COURTOIS,
Accoucheur en chef de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Notre étonnement est grand de voir combien la sulfamidothérapie, justement si vantée en chirurgie et en médecine, est diversement appréciée en obstétrique. Ceci tient à ce que, dès l'abord, des doses plus timides furent employées, doses qui entretiennent l'infection, voire même la favorisent en créant la sulfamidorésistance. Il faut

✦

d'emblée frapper fort et s'arrêter peu après le résultat atteint. Voilà ce que nous ont appris une pratique de plus de six ans et l'expérience de milliers de cas. A titre préventif, nous de l'employons que chaque fois qu'une possibilité infectieuse est à redouter. Et alors à doses de 6 grammes par jour, ou à dose massive de vingt-cinq grammes de poudre *in situ*, par exemple dans le péritoine (1) et dans l'utérus.

A dose curative, le traitement des cas très graves, comme le sont les péritonites aiguës puerpérales (5), les septicémies post-abortum *a perfringens*, nécessite plus de 12 grammes le premier jour : 7 grammes d'emblée, puis 1 à 2 grammes toutes les 4 heures. Au drainage des péritonites aiguës généralisées, on ajoute l'abandon *in situ* de 25 gr. à 50 grammes de poudre. Frapper fort tant que la température n'est pas revenue à la normale. En général, s'arrêter vers 45 grammes ; ne pas dépasser 80 grammes ; ne pas traiter plus de sept jours.

Les accidents graves ne sont à redouter qu'après ce délai.

En cas de diurèse insuffisante (c'est le cas dans les septicémies *a perfringens*), il faut proportionner la sulfamidothérapie à la diurèse. Faire six grammes d'emblée, mais ensuite ne pas donner plus de six grammes par 24 heures, si la diurèse est au-dessous du litre. Cesser complètement en cas d'oligurie extrême.

Ces doses élevées faites précocement peuvent guérir toutes les infections les plus graves. Pratiquées, comme cela est imposé par le hasard des hospitalisations, à des phases plus ou moins avancées des infections suraiguës (péritonites, septicémies), elles donnent cependant un pourcentage extraordinaire de guérison : de 40 % dans les péritonites aiguës généralisées, de 30 % dans les septicémies *a perfringens*, statistiques établies sans éliminer les cas traités *in extremis*. Bien entendu, la chirurgie garde tous ses droits chaque fois qu'il y a à drainer ou à ôter des organes profondément infectés ou gangrénés.

Abaissement extraordinaire du taux des infections, guérison étonnante des cas les plus graves, voilà le miracle que les sulfamides permettent, à tout moment.

Cette action est si puissante qu'il nous est devenu très rare de prendre le bistouri pour des infections obstétricales. Nous n'avons plus de colpotomies, plus de ligatures de veines infectées à pratiquer. Même les phlébites, les embolies, les thromboses diminuent. La maladie opératoire se démembre : une grande partie de ses syndromes, dits toxiques, s'est révélée être infectieuse par sa disparition étonnante sous l'action des sulfamides à doses massives (5).

Dans les formes subaiguës, vues tardivement, nous adjoignons parfois la sérothérapie, la vaccinothérapie, l'abcès de fixation, qui viennent alors à bout des dernières résistances. De même quelques gouttes d'iode adjointes au sulfamide ont une efficacité remarquable contre le staphylocoque (abcès du sein).

En gynécologie, métrites, salpingites, pelvipéritonites cèdent au triple traitement sulfamide, diathermie, vaccination. Et les électrocoagulations cervicales deviennent sans danger après, de même toutes les explorations endoutérines (par exemple, hystérographie ou curetage).

Les traitements intensifs, rapides, demandent la voie intra-musculaire (sulfapyridine), qui ne donne pas d'intolérance grave et permet d'être sûr des doses absorbées. La voie rectale est infidèle. Mais des résultats étonnants sont aussi obtenus, nous le répétons, par les hautes doses de poudre *in situ*, notamment combinées à un drainage, dans les péritonites aiguës (5).

Et la chirurgie de l'utérus et des annexes infectées (stérilité) perd ses plus redoutables dangers. Il est possible d'être très conservateur, et nous avons ôté des abcès de l'utérus sans hystérectomiser.

Une ère nouvelle commence pour l'obstétrique et pour la chirurgie gynécologique.

Nous ne donnerons pas notre *bibliographie* abondante depuis 1935, mais seulement la liste des articles dans lesquels nous l'avons donnée en entier :

(1) COURTOIS. — *Journal des Praticiens*, 19 novembre 1937.

(2) COURTOIS, GIRAUD. — *Journal des Praticiens*, 11 mars 1939.

(3) COURTOIS, GIRAUD. — *Journal des Praticiens*, 29 mars 1941.

(4) COURTOIS, PHILIPPE. — *Bulletin médical*, 8 novembre 1941.

(5) COURTOIS. — *Gazette des Hôpitaux*, juillet 1942.

Dans ces articles, et dans ceux qui y sont cités, se trouvent tous les éclaircissements nécessaires à notre texte involontairement condensé par la crise actuelle. Nous remarquerons que nous avons été dans les pionniers de l'emploi des sulfamides *in situ*, dans le péritoine, — de l'usage des doses massives —, et de l'adjonction des transfusions sanguines, d'hépatothérapie, d'alcalinisation adjuvantes.

Enfin, nous avons signalé, il y a longtemps les dangers de sensibilisation aux reprises de traitement.

LA PETITE CHIRURGIE AU GOÛT DU JOUR

NOTIONS PRATIQUES SUR LES INFILTRATIONS ANESTHÉSIQUES DANS L'ENTORSE

D'après le Docteur Ch. MIRALLIÉ (1)

TOUT D'ABORD, UN DIAGNOSTIC EXACT

Jusqu'à ces dernières années, l'entorse était considérée comme due à la distension des ligaments articulaires, sans rupture, ni déplacement définitif des surfaces en contact, ce qui la différenciait des luxations. Déjà la radiographie avait restreint le champ des entorses, en mettant en évidence, les fractures parcellaires para-articulaires et les désinsertions tendineuses. Depuis les

(1) *Journ. de méd. et de chirurg. pratiques*, janvier 1942.

travaux de Leriche, l'entorse, jusque-là affection articulaire, est devenue affection du *système nerveux intra-ligamentaire*, et toutes les manifestations cliniques doivent relever d'un réflexe d'axone parti des corpuscules ligamentaires de Ruffini, qui commandent la douleur par le système médullaire, l'œdème et les suffusions sanguines par le système sympathique. On conçoit le rôle que peuvent jouer ces corpuscules dans le déterminisme des troubles imputés à l'entorse, et l'on s'explique que les ligaments soient intacts et même indemnes de toute lésion au cours des entorses banales.

Dans ces conditions, tous les phénomènes vaso-moteurs de l'entorse sont susceptibles de disparaître complètement, *si on bloque à son origine le réflexe axonique* par infiltration anesthésiante des nerfs articulaires.

Classiquement, le traitement de l'entorse comportait la mise en œuvre des agents physiques; mais, malgré la variété des thérapeutiques préconisées, le traitement restait douloureux, l'impotence durait plusieurs semaines, et l'incapacité de travail environ trois semaines, au minimum.

Depuis les infiltrations anesthésiques, la guérison est presque instantanée, et la récupération ouvrière se fait en deux ou trois jours. *Mais*, avant d'en poser l'indication, il faut d'abord assurer son diagnostic et éliminer de la façon la plus formelle toutes les fractures parcellaires, car elles sont les causes essentielles des échecs à la méthode ; il faut toujours faire une radiographie de l'articulation traumatisée, de face et de profil.

Il y a gros intérêt à pratiquer l'infiltration anesthésiante le plus tôt possible après l'accident, si possible avant l'œdème et l'ecchymose ; le traitement préviendra l'apparition de ces troubles. Mais, si le blessé est vu, alors que les troubles existent, la méthode conserve encore tous ses droits, et l'on sera étonné de voir le blessé marcher sur un pied énorme et violacé, sans douleur et sans claudication.

La technique

La méthode doit être médicale, et non réservée aux chirurgiens. Le matériel comporte une seringue de 20 c. c. et une aiguille longue et fine. Leriche conseille la novocaïne à 1 % sans adrénaline. Miraillé emploie la percaïne à 1 p. 2.000, bien que cette préparation comporte de l'adrénaline. Toutes les spécialités, avec des variantes de toxicité, semblent avoir un effet à peu près équivalent.

Après une asepsie rigoureuse du champ opératoire et des mains de l'opérateur, on infiltrera largement le tissu cellulaire péri-ligamenteux, puis on introduira la solution dans chacun des faisceaux des ligaments en cause : au moins 20 c. c. dans chaque ligament latéral de la tibio-tarsienne par exemple. D'une manière générale, il est préférable de toujours bloquer les deux ligaments latéraux, même si un seul est traumatisé, ce qui est la règle. Plus exactement :

A la cheville, on anesthésiera séparément les trois faisceaux de chaque ligament latéral.

Au genou, toute l'étendue des deux ligaments latéraux, plus les insertions tibiales et fémorales des deux ménisques.

A la hanche, la face antérieure, en dehors de l'artère fémorale.

Au poignet, les ligaments latéraux sous styloïdiens, plus les ligaments antérieurs et postérieurs.

Au coude, les trois faisceaux à chaque ligament latéral, surtout en dehors (pronation douloureuse).

A l'épaule, en avant et en arrière.

Une large diffusion du liquide compensera en partie la difficulté d'infiltration des articulations profondes. Seule l'infiltration intra-ligamentaire provoque une douleur d'ailleurs passagère. Laisser le blessé étendu une dizaine de minutes pour éviter les réactions novocaïniques, et commencer de suite la mobilisation active de l'article, qui suscite dès l'abord, chez le sujet, de l'inquiétude, puis de la confiance pour un résultat si rapidement acquis. Au bout de 20 à 30 minutes, celui-ci peut descendre de la table et commencer à marcher, en évitant tout effort et tout mouvement violent pendant vingt-quatre heures. La marche est un facteur essentiel et suffisant de la résorption des épanchements. Proscrire formellement tout pansement compressif, qui d'ailleurs gênerait la mobilisation. Des massages complémentaires sont inutiles, voire inopportuns.

En général, les effets de l'anesthésie proprement dite disparaissent au bout de quelques heures (de 4 à 24 heures suivant le produit employé). Ce réveil provoque le plus souvent des douleurs assez vives pendant une heure ou deux; elles seront facilement calmées par un analgésique banal. Après cette crise, le blessé reprend son activité et la douleur ne réapparaît pas.

La première infiltration réalise presque toujours, à elle seule, le traitement complet de l'entorse récente. Mais, si les douleurs et l'impotence réapparaissent, il faut, quarante-huit heures à trois jours, parfois sept ou dix après la première, faire une seconde, et même une troisième infiltration. Certains cas rebelles ont pu nécessiter cinq à six infiltrations successives.

L'avantage de cette technique n'est pas seulement la rapidité de la guérison de l'accident initial. Combien de blessés, ayant fait une entorse, étaient autrefois sujets à récidives et conservaient « les chevilles fragiles, toujours prêtes à tourner ». Ce véritable état prédisposant était dû à la longue immobilisation, au long délai de résorption des épanchements péri- et intra-

articulaires, conditionnant un relâchement des ligaments et une distension chronique et définitive des capsules articulaires. C'est grâce à la précocité de la reprise de la marche ou des mouvements articulaires que les épanchements se résorbent vite, que la capsule n'a pas le temps de se distendre et de s'atrophier, que les ligaments n'ont rien perdu de leur tonicité toujours entretenue par la conservation des mouvements. Le blessé garde donc intact son appareil ligamentaire, une articulation de tonus normal, et il n'existe chez lui aucune prédisposition aux récidives, ce qui est d'un intérêt primordial et ne semble pas avoir été, jusqu'ici, mis suffisamment en valeur.

G. FISCHER.

CORPS ÉTRANGER DE L'ESTOMAC

(Issue au niveau de la région lombaire droite d'un fragment de 6 cm. d'une épingle à cheveux déglutie, par un enfant de 10 mois. Evacuation d'un même fragment par les voies naturelles.)

Par le Docteur R. DOYON, de Chaumont

Le *Concours médical* vient de publier plusieurs observations concernant les corps étrangers des voies digestives (nos des 24 août, 2 novembre 1941 ; 8 mars et 10 mai 1942).

Nous apportons une observation, qui donnera des arguments aux temporisateurs comme aux interventionnistes. Seuls, comptent les faits.

Le 20 février 1941, notre ami le Docteur Picot, nous adresse la jeune Madeleine G..., 10 mois, fille d'une institutrice « qui aurait avalé, vers 9 heures ce matin, une pince à cheveux, la grosse extrémité mousse tournée en bas »..., l'expulsion spontanée en est probable, ajoute notre excellent confrère, « aidée au besoin par le procédé des fibres d'asperges ou de coton hydrophile ».

Il est midi ; à l'écran, je trouve l'épingle dans l'abdomen à droite, vraisemblablement dans l'estomac. Tout paraît se passer comme de coutume, mon expérience des corps étrangers des voies digestives ne m'ayant jamais montré que des issues favorables (y compris la broche ouverte que ma femme eut l'émotion rétrospective de trouver dans les langes d'un de mes fils, alors nourrisson). Je renvoie donc la fillette au Docteur Picot qui formule le traitement par les fibres de coton.

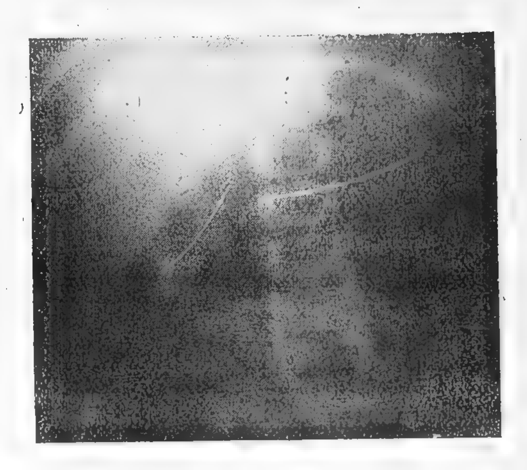
Le 25 février, examen radioscopique de contrôle. L'épingle est immédiatement sous le diaphragme, à gauche. Je contrôle par un peu de baryte, sa situation dans l'estomac. Elle s'y trouve très mobile, car quelques minutes après, nous la voyons à l'entrée du pylore, son extrémité mousse toujours en avant.

Je conseille aux parents une surveillance radiologique attentive. L'épingle à cheveux est bien longue pour franchir un anneau duodénal de 10 mois ! Mais Béclère ne nous citait-il pas le cas, à la Société de radiologie médicale de France, le 10 novembre 1936, d'une épingle pour boucles de cheveux, épingle longue d'environ 6 cent., avalée par une fillette de 5 ans, et qui mit dix-sept jours pour être expulsée par les voies naturelles : « elle s'arrêta longtemps dans l'estomac et dans le duodénum avec des retours parfois inquiétants ».

Les parents de notre fillette habitent en zone actuellement interdite, de l'autre côté de la Marne, et je ne les revois que le 27 juin, plus de quatre mois après ! L'enfant d'ailleurs ne s'est jamais plainte (belle fillette aux joues rebondies), sauf depuis quinze jours. A partir de ce moment, elle refuse de s'alimenter, criant surtout la nuit ; puis, quelques jours après, survient une « bosse » douloureuse dans le dos qui décide les parents à me l'amener. J'examine : dans la région lombaire droite supérieure apparaît une tuméfaction fluctuante, allongée, douloureuse à la pression, la peau est normale, sans érythème.

A l'écran : l'épingle à cheveux est toujours dans l'abdomen, mais sectionnée en deux fragments égaux. Deux clichés, l'un en décubitus dorsal, l'autre en profil droit, les situent exactement. Le fragment droit a sa pointe légèrement incurvée vers le bas,





qui se dirige un peu de gauche à droite, mais surtout d'avant en arrière, perpendiculairement à la colonne sur le cliché de profil, à la hauteur des 2e et 3e lombaires, la pointe sous la peau.

L'autre fragment à gauche de l'abdomen est évidemment mobile : se projetant transversalement à hauteur des 1re et 2e lombaires sur le cliché de face ; il va de la 1re à la 4e sur le cliché de profil.

Pour le moment, ce fragment gauche nous intéresse d'ailleurs beaucoup moins. Vingt minutes après notre examen, notre ami le Docteur Guillaume incise la tuméfaction lombaire droite et retire, au milieu de pus, une moitié de l'épingle sans aucune espèce de difficulté.

Huit jours après, le 8 juillet 1941, l'enfant nous est ramenée ; elle garde sa bonne mine, mais s'alimente mal avec des rots fréquents qui paraissent douloureux.

Je localise l'autre moitié de l'épingle à cheveux à l'écran, elle est dans la portion verticale de l'estomac. Sa mobilité, il y a huit jours, nous le faisait prévoir.

Une surveillance radioscopique est décidée ; mais ce n'est que le 11 avril 1942 (huit mois après !) que l'institutrice nous ramènera sa fille, dont la parfaite santé lui enlevait toute inquiétude.

Elle vient de remarquer un petit ganglion à la base du cou à gauche et se demande si l'épingle y est pour quelque chose....., nous la rassurons et de fait, à l'écran, plus trace d'épingle.

Le long fragment de 6 cent. a disparu (bien certainement par la voie naturelle cette fois-ci...).

Le 29 décembre 1937, Ameline publiait dans la *Presse médicale* (nº 104) « une épingle déglutie », une observation de perforation de l'estomac par une épingle solidement implantée sur la paroi postérieure de l'estomac ». Il l'enlève par gastrectomie et la malade guérit sans incident. Il écrit : « Je note que le nombre est singulièrement restreint des péritonites généralisées, ayant pour cause une épingle ou une broche déglutie ».

Imaginez-vous bien cette migration laborieuse d'un fragment d'épingle à cheveux rouillée, de 6 cent. de long.

Nous croyons qu'elle a perforé la deuxième portion du duodénum, qui longe le flanc droit des 2e, 3e et 4e vertèbres lombaires, probablement transfixié le rein droit, dont la face antérieure arrive au contact de cette portion.

TÉTANOS POST-ABORTUM

Dans le *Concours médical* du 10 septembre, je lis un résumé de notre communication à l'Académie de chirurgie sur la guérison d'un cas de tétanos post-abortum.

J'aimerais apporter quelques précisions.

C'est le premier cas de tétanos post-abortum que je vois en quinze ans de pratique chirurgicale dans une banlieue où les avortements étaient jusqu'à ces dernières années d'une fréquence extrême.

Par contre, le Docteur Cortial installé depuis deux ans à Vitry en a vu deux autres cas (qui se sont terminés par la mort à l'hôpital). Notre malade présentait un tétanos grave reconnu 48 heures après son début.

J'ai dirigé le traitement suivant les règles que j'ai appliquées depuis toujours pour les tétanos inoculés en d'autres régions. Nous y avons ajouté l'anatoxithérapie qui est à mon sens un progrès immense.

Premier principe : *Ablation du point d'inoculation.* Notre curetage nous a permis de trouver les bacilles de Nicolaïer, point essentiel.

Dernièrement, j'ai guéri un tétanos consécutif à une coupure de la plante du pied. Il ne m'est pas venu à l'esprit d'amputer la jambe. J'ai excisé largement la plaie et j'ai pansé au sérum antitétanique.

J'ai agi par analogie lors du tétanos post-abortif. Je me suis contenté d'un curetage utérin. Ne voit-on pas à chaque instant des infections intra-utérines graves disparaître après un curetage bien fait ? Pourquoi cette opération efficace contre le streptocoque ne le serait-elle pas contre le bacille de Nicolaïer qui, lui, reste sur place pendant que ses toxines remontent les voies nerveuses ?

Le laboratoire a trouvé ces bacilles dans les débris placentaires. Bien des observations publiées n'apportent pas ce détail capital.

Deuxième principe : *Sérothérapie au point d'inoculation*, (suivant la méthode de Poincloux trop oubliée mais si active).

Dans le cas présent, nous l'avons installée par des irrigations de sérum antitétanique à l'aide d'une sonde intra-utérine.

Troisième principe : *Anesthésie au chloroforme modérée*, pendant le temps nécessaire aux interventions et inoculations délicates, mais sans exagérer : pas de chloral ou chloroforme trop copieux ; pas d'abus de narcotiques.

Quatrième principe : *Sérothérapie massive par voie musculaire, rachidienne, intra-veineuse, sous-cutanée,* par 20.000 et 10.000 unités par ampoule sans précaution préalable particulière pendant l'anesthésie générale, mais suivant la méthode de Besredka pour les autres piqûres. Le régime lacto-végétarien évite les réactions trop graves.

Cinquième principe : *Injections sous-cutanées d'anatoxine de Ramon* à raison de trois ampoules en deux semaines et en commençant par un tiers d'ampoule, puis deux tiers et enfin l'ampoule entière.

Sixième point : *Injections sous-cutanées d'huile camphrée phéniquée* à 10 % (méthode de Bacelli) qui m'ont toujours paru bienfaisantes en diminuant la fréquence et la violence des accès paroxystiques.

Septième prescription : *Faire dormir le malade* LA NUIT SEULEMENT avec chloral (aux doses habituelles en sirop ou suppositoires), morphine et bromure que le Docteur Sarazin (appelé en raison de l'origine de la maladie) a vu guérir seul un cas de tétanos obstétrical chez un nouveau-né (tétanos inoculé probablement par le cordon).

Nous avons remarqué qu'à la fin de la maladie, quand le pouls redevenu normal nous apporta la preuve de notre succès, la vitamine B diminua rapidement les contractures, les névralgies et les douleurs.

Nous venons de revoir notre malade. Elle est en excellente santé, s'est mariée et est enceinte de six mois.

Dr Antoine LACROIX (Villejuif).

Les livres qui viennent de paraître....

Chez MASSON et Cie,
120, boulevard Saint-Germain, Paris

Noël FIESSINGER. — **Syndromes et maladies.** Un vol., 530 p., 119 fig. (Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu). Prix : 210 francs.

Raymond GARCIN et Jean GUILLAUME. — **Traitement des blessures et des lésions traumatiques cranio-cérébrales récentes.** Un vol., 168 p., 53 fig. et 12 pl. Prix : 70 francs.

C. B. UDAONDO et P. A. MAISSA. — **Volvulus de l'estomac**. Préface du Prof. E. Sergent. Un vol., 190 p., 57 fig. Prix : 80 francs.

M. BOIGEY. — **L'entraînement.** BASES PHYSIOLOGIQUES. TECHNIQUES. RÉSULTATS. Un vol., 330 p. Prix : 90 francs.

EDITIONS ALBIN MICHEL,
22, rue Huyghens, Paris

Georges MOURIQUAND. — **Vitamines et carences alimentaires.** Un vol., 462 p., 65 hors-texte. Collection « Sciences d'aujourd'hui ». Prix : 60 francs.

Les Sociétés Savantes

Académie de médecine

L'amaigrissement actuel

(M. Noël Fiessinger ; 6 et 13-10-1942)

M. Noël Fiessinger s'est préoccupé de rechercher les origines précises de l'amaigrissement actuel. Cet amaigrissement, dit-il, peut se voir chez des sujets dont l'alimentation semble normale, autant en protides qu'en lipides et en vitamines. On l'a enregistré chez des cultivateurs et des personnes favorisées qui ne manquaient apparemment de rien. Cet amaigrissement, d'autre part, n'est pas forcément en rapport avec l'exercice anormal qu'apporte la difficulté des transports publics et privés. On peut l'observer chez certains sujets dont la vie n'a pas physiquement changé.

Il apparaît donc que l'amaigrissement actuel dépend d'une cause commune s'imposant de la même façon à la collectivité toute entière. M. Noël Fiessinger estime que cette cause ne peut venir que du pain. Le pain a été réduit, en effet, de moitié au moins comme quantité, et du quart comme valeur alimentaire du fait de l'élévation du blutage, la farine actuelle contenant presque tout le son du blé.

Cet amaigrissement crée une moindre résistance générale et un terrain favorable à la tuberculose dans tous les milieux et à tous les âges.

— M. Sergent note que les cliniciens et les phtisiologues sont frappés par l'augmentation de fréquence de la tuberculose, surtout chez les sujets jeunes à la période de croissance et chez les sujets âgés. Ces constatations viennent appuyer l'importance du facteur terrain dans le processus de tuberculisation.

— M. Carnot propose, avec M. Noël Fiessinger, comme sanction pratique, qu'une ration quotidienne supplémentaire de pain de 100 grammes soit accordée pour trois mois (renouvelable) à tout sujet adulte des catégories A et V dont le poids est inférieur de plus de 10 kilogr. à celui prévu par la règle de Quételet (le nombre de kilogrammes devant être égal au nombre de centimètres au-dessus du mètre).

— M. Chevassu attribue au facteur moral un rôle appréciable dans l'amaigrissement de guerre. A l'appui de cette manière de voir, il apporte son observation personnelle qui a comporté un amaigrissement de 8 kilogr. en un mois, en mai-juin 1940, à un moment où les restrictions alimentaires n'existaient pas encore.

Le vœu de M. Carnot, énoncé ci-dessus, est adopté.

P. L.

Société médicale des hôpitaux de Paris

Azotémie avec acidose au cours d'un traitement sulfamidé pour méningite cérébro-spinale

(R. A. Marquézy et Vernemouze ; 29-5-1942)

Il est rare d'observer une hyperazotémie avec acidose au cours d'un traitement sulfamidé. Il s'agit ici d'un enfant de 5 ans, entré pour méningite purulente à forme comateuse, traitée par la sulfamide à hautes doses, associée d'emblée à la thérapeutique alcaline classique ; au quatrième jour, alors que la méningite apparaissait guérie, se manifestèrent des signes d'hyperazotémie avec acidose, qui entraînèrent la mort, malgré l'arrêt du traitement sulfamidé et l'administration d'alcalins à doses élevées. En trois jours, ce petit malade avait reçu : 18 grammes de 693 (injections intramusculaires) et 12 grammes de 1162 F (*per os*) ; la thérapeutique alcalinisante était de 15 à 20 grammes de bicarbonate de soude par jour. La fonction rénale avait été troublée par une atteinte antérieure, ce qui avait facilité ces complications.

G. F.

Société française de gynécologie

Séance du 15-6-1942

consacrée aux : **Aménorrhées de guerre**

Rapport de MM. Guy Laroche, Et. Bompard et Trémolières. — La fréquence des aménorrhées a certainement notablement augmenté depuis deux ans. On ne doit cependant admettre dans le cadre des aménorrhées de guerre que les cas, où l'arrêt de la menstruation ne peut être attribué à l'évolution d'une affection pelvienne ou générale, qui engendre communément l'aménorrhée.

L'arrêt de la menstruation ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun symptôme, si ce n'est parfois de quelques troubles congestifs ou d'une tendance à l'obésité.

Les modifications du tractus génital se limitent habituellement à une légère involution utérine.

La biopsie endométriale pratiquée dans 17 cas n'a permis de retirer aucun fragment dans six cas ; elle a montré dans quatre cas que l'endomètre n'avait subi qu'une faible stimulation folliculinique. Dans trois cas l'action de la folliculine avait été assez intense pour amener la muqueuse au stade de prolifération avancée, et dans quatre cas les cellules glandulaires contenaient du glycogène. Jamais pourtant la muqueuse ne présentait l'aspect prémenstruel.

Chez les jeunes filles, l'aménorrhée se présente habituellement sous le même aspect ; mais en raison des irrégularités fréquentes des règles chez ces sujets, des statistiques étendues et précises seront nécessaires pour juger l'importance de l'augmentation des cas d'aménorrhées.

Des enquêtes nous ont déjà appris que, dans deux pensionnats groupant 300 élèves, bien nourries, le chiffre des aménorrhées n'est guère plus élevé qu'avant la guerre. Par contre, dans des externats de la banlieue ouvrière parisienne, le nombre des aménorrhées a notablement augmenté. L'enquête dans l'un de ces externats a même montré qu'il existe un retard d'apparition des signes pubertaires d'environ un an, en comparaison avec leur date d'apparition habituelle, avant la guerre.

Ces constatations méritent d'être rapprochées des faits observés par les gynécologues allemands en 1917-1918.

A cette époque, trois facteurs avaient paru déterminants dans la genèse des aménorrhées de guerre : les chocs émotionnels, le surmenage et l'insuffisance alimentaire. Ces facteurs existent d'ailleurs en temps habituel. Leur rôle prédominant dans la production de l'aménorrhée est reconnu. La guerre les associe et les majore.

Ces trois facteurs se retrouvent actuellement en France. Dans la plupart des observations, on relève des chocs émotionnels, le surmenage physique ou intellectuel, l'insuffisance alimentaire, dont les recherches biologiques ont prouvé l'intensité particulièrement marquante en ce qui concerne les protides et les graisses.

Le pronostic de ces aménorrhées de guerre chez la femme adulte paraît assez bénin. La fonction ovarienne ne semble pas sérieusement compromise.

En Allemagne en 1918, et en Espagne en 1939, on a observé que le rétablissement de la menstruation suivait de peu l'amélioration des conditions d'existence.

Ici même, le retour d'un mari prisonnier ou bien une situation matérielle, professionnelle ou morale plus favorable, ont souvent eu une influence heureuse sur le reprise des règles.

Chez les jeunes filles, le pronostic est plus délicat à préciser, en raison de l'importance de l'évolution pubérale, et dépendra vraisemblablement de l'importance et de la durée des conditions de déséquilibre alimentaire.

Le traitement hormonal de l'aménorrhée ne trouve guère d'indications dans les aménorrhées de guerre.

Cependant dans les cas d'atrophie utérine ou bien de retard d'établissement pubertaire accentué, on peut recourir, sans grand espoir d'ailleurs, à l'hormone gonadotrope.

Le traitement par la folliculine à doses élevées, et la progestérone ramène généralement la menstruation ; mais l'amélioration ne survit pas à l'arrêt du traitement. Cette thérapeutique doit donc être proscrite. Par contre, on prescrira avec profit des petites doses de folliculine et de progestérone, dont l'action ne peut être nocive sur l'ensemble du système endocrinien.

Lorsque les circonstances le permettent, on prescrit avec profit une diminution du surmenage physique, ou intellectuel, un séjour à la montagne, et surtout une équilibration du régime alimentaire.

M. Jeanneney pense que les aménorrhées sont à l'heure actuelle très fréquentes du fait de *carences* venant aggraver des états morbides antérieurs (prétuberculose, annexites, suites de couches, infantilisme) et des *dystrophies congénitales inapparentes*, pour lesquelles elles constituent un facteur de révélation. Ces données justifient chez la plupart des malades une *thérapeutique mixte* : alimentaire (quantitative et qualitative : graisses, viande et vitamines), hygiénique (repos, chauffage, aération, insolation, calme moral) et endocrinienne (hypophyse, extraits ovariens totaux, hormones ovariennes).

M. Audit insiste, au point de vue thérapeutique, sur l'intérêt du lait, des acides aminés et de médicaments acidifiants. Pour la prévention des aménorrhées primaires et des troubles du développement associés, il pense qu'il faudrait pouvoir distribuer du lait concentré dans les écoles.

M. Maurice Fabre pense que les facteurs d'ordre psychique sont dominants, car il observe autant d'aménorrhées chez des femmes de la campagne bien nourries que chez des citadines.

M. Turpault croit aussi au rôle dominant des facteurs psychiques et neuro-végétatifs et se borne à traiter l'état général (acidifiants) et psychique.

M. Cl. Béclère rappelle que les dosages lui ont donné trois quarts d'hypohormonales (qu'il traite par la folliculine à petites doses) et un quart d'hyperhormonales (qu'il traite par la prosgestérone).

M. Ulrich croit au rôle dominant de la carence en matières grasses.

M. Douay est d'avis qu'il ne faut pas s'entêter à faire revenir coûte que coûte la menstruation. Il faut avant tout rassurer la malade, et faire de petites doses de folliculine si l'utérus a tendance à s'atrophier.

M. L. Netter conseille d'essayer d'obtenir des menstruations provoquées par traitement associé de folliculine (2 milligr. par semaine pendant trois semaines) et progestérone (10 milligr. tous les trois jours à partir du quinzième jour). Il aurait eu plusieurs cas où des menstruations spontanées seraient survenues périodiquement après la cessation du traitement.

M. Palmer, qui avait déjà étudié dans une communication antérieure les aménorrhées de la période 1940-41, signale en 1942 une diminution des cas d'origine apparemment émotive, une augmentation du nombre des aménorrhées succédant à un amaigrissement d'origine alimentaire, mais les résultats des explorations fonctionnelles sont les mêmes (4/5 d'hypofolliculinémies marquées, 1/5 d'action folliculinique modérée, O hyperfolliculinisme). L'hormone gonadotrope et la progestérone lui donnent des succès dans les aménorrhées sans atrophie de l'endomètre. Dans les autres, il utilise surtout les petites doses de folliculine (1 milligr. par semaine).

La Presse

Les sulfamides en ophtalmologie

R. de Saint-Martin rappelle que l'extrême efficacité des sulfamides est actuellement bien connue dans les conjonctivites gonococciques et les infections aiguës ou chroniques des voies lacrymales, de même que dans les complications conjonctivales et cornéennes du trachome. Cet auteur rapporte 121 cas de diverses affections oculaires, dans lesquelles il a pu contrôler l'influence de la sulfamidothérapie ; la proportion des succès a été de 92,56 %, spécialement dans les dacryocystites et les ophtalmies gonococciques ; on note également d'heureux résultats dans les conjonctivites, ulcères cornéens, kératites, infections purulentes. Les corps employés ont été le dagénan et le 1162F. A noter que l'effet principal des sulfamides est bactériostatique, d'où la nécessité de leur associer un traitement antiseptique, adapté à chaque cas, au risque d'observer des récidives quelques mois ou quelques années plus tard. Ainsi, dans les dacryocystites, il s'agit d'un traitement préparatoire, permettant d'opérer à froid par la suite. On doit toujours débuter par une dose forte, puis la réduire graduellement par doses fractionnées. Les petites doses, inefficaces par elles-mêmes, provoquent la sulfamido-résistance. La voie externe n'est pas efficace ; on conseille la voie buccale dans l'immense majorité des cas. Dans les plaies du globe, il y a lieu d'accorder une grande importance au rôle préventif des sulfamides. Très peu d'accidents, à la condition de respecter les contrindications habituelles. (*Annales d'oculistique*, 1re livraison 1942).

Les accidents nerveux de l'intoxication professionnelle chronique par le manganèse

Il s'agit là d'une question encore mal connue, et qu'on ne doit pas négliger ; il importe de savoir dépister ces accidents (dont la déclaration est d'ailleurs obligatoire), afin d'en arriver aux mesures prophylactiques, destinées à éviter dans une usine l'extension des cas d'intoxication. J. Christophe et di Matteo remarquent que la symptomatologie est ici comparable au parkinsonisme post-encéphalitique. Cependant le « parkinsonisme manganique » présente des caractères, qui lui appartiennent en propre, et il serait avantureux, à l'heure actuelle, d'affirmer le rôle exclusif de l'atteinte des noyaux gris centraux, à l'origine de tels symptômes. Cette intoxication est appelée «la maladie des broyeurs de manganèse», car elle résulte surtout de l'inhalation des poussières du minerai, au moment de son broyage, mais au bout d'un contact de deux ans environ. L'attention est mise en éveil par des troubles de la marche (incertaine et spastique) et de la station debout ; l'impossibilité de la marche à reculons se révèle comme le symptôme le plus caractéristique. Le visage est figé, inexpressif, très comparable au masque parkinsonien, avec un tremblement spécial des membres supérieurs, et des troubles psychiques. Si l'ouvrier est éloigné de la source de contagion dès les premiers signes, une amélioration progressive peut aboutir à la guérison. (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, septembre 1942).

G. F.

PARTIE PROFESSIONNELLE

PROPOS DU JOUR

LES ORIGINES DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL. UN PRÉCURSEUR : BERNARDINO RAMAZZINI (1633-1714)

En parcourant le *Nouveau plan de constitution pour la médecine en France présenté à l'Assemblée nationale par la Société royale de médecine en* 1790, où il y a maints aperçus intéressants, (ne serait-ce que l'organisation des services d'hôpitaux destinés à l'éducation des étudiants en médecine ?) nous n'avons pas été peu surpris de voir citer parmi les divisions hospitalières, affectées aux maladies internes, la cinquième, destinée aux *maladies des artisans.* La note suivante en bas de page expliquait cette destination :

« Il est essentiel de réunir une suite d'observations sur ces maladies. Une autre manière d'y parvenir serait d'établir des infirmeries bien situées auprès des grandes manufactures. On acquerrait ainsi des connaissances sur la manière de prévenir les maux qui affectent une classe utile de citoyens. La Société s'est déjà occupée de cet objet, et elle a rassemblé des matériaux, dont elle doit la plus grande partie à un citoyen estimable et *non médecin*, M. Pajot des Charmes. »

C'était dans ces quelques lignes tout un programme de *médecine du travail.*

Nous avons cherché les matériaux rassemblés à la Société royale de médecine par M. Pajot des Charmes, nous n'avons pu les découvrir, mais nos recherches nous ont amenés à prendre connaissance d'un ouvrage d'un professeur de Padoue du XVIIe siècle: *De morbis artificum Diatriba*, imprimé à Utrecht en 1703. Comme l'ouvrage a été traduit en français à Turin en 1933 et que nous avons pu prendre connaissance de la traduction, imprimée en regard du texte latin, nous pouvons ici donner un aperçu du traité du Professeur Bernardino Ramazzini sur les *maladies des travailleurs* (*De morbis Artificum Diatriba*).

***

Bernardino Ramazzini naquit à Carpi (province de Modène) en 1633. Il fit ses études à l'Université de Parme et « devint docteur en philosophie, puis docteur en médecine. Après un séjour à Rome, il exerça sa profession à Canino, près Viterbe, y contracta la malaria et se fixa ensuite à Modène où il jouit d'une grande réputation. Professeur à l'Université, il fit de 1690 à 1700 un cours sur les maladies des travailleurs. Appelé en 1700 à occuper la chaire de médecine pratique de la célèbre Université de Padoue, il y continua ses travaux et mourut en 1714, frappé par une hémorragie cérébrale ; il reçut les soins de Morgagni.

La réputation de Ramazzini fut très grande en Italie ; sa « *De morbis artificum Diatriba* » écrite en latin, fut traduite en italien, en allemand, en anglais, en français et fut l'objet de nombreuses éditions.

Lors du troisième centenaire de la naissance de Ramazzini, la *Société de la Clinique et des Etudes de médecine du travail* que dirige M. Luigi Devoto, de Milan, a jugé que la meilleure manière de célébrer le grand médecin de Carpi, était de rééditer la meilleure édition latine du « *De morbus artificum* » en mettant en regard la traduction française.

***

Le traité des *maladies des travailleurs* de Ramazzini était un sujet neuf et l'auteur en écrivant ses leçons qu'il avoue imparfaites, désire surtout « servir d'encouragement aux autres médecins qui voudront bien s'occuper de ces recherches ».

L'ouvrage ne compte pas moins de cinquante quatre chapitres, chacun ayant trait aux maladies d'un métier différent.

Il aborde l'étude des affections auxquelles sont sujets les ouvriers qui extraient les métaux, des doreurs, des chimistes, des peintres, des forgerons, des pharmaciens, des vidangeurs, des foulons, des fossoyeurs, des marchands de vin, des boulangers, comme celles des nourrices, des athlètes, des artistes chanteurs, des paysans, des soldats, des typographes, des scribes et des copistes, etc., et il termine son ouvrage par une dissertation sur les maladies des gens de lettres.

Nous ne saurions analyser les cinquante quatre chapitres des maladies des travailleurs, d'autant que certains de ces chapitres sont assez longs. Ramazzini ne se contente pas de ses observations personnelles ; pourvu d'une érudition qu'on ne saurait imaginer, il emprunte aux anciens et aux médecins de son époque leurs observations et leur expérience. C'est ainsi qu'il met largement à contribution Hippocrate, Galien, Athénée, Pline l'Ancien, Celse, Avicenne, etc., parmi les Anciens, et Etmuller, Fallope, Jungken, Van Helmont, Fernel, Fabrice, de Hilden, Théophile Bonet, Bartholin, Plater, Scaliger, Dionis, etc., etc., parmi les médecins de son époque. (Pour être complet, on pourrait en relever plus de cent). Ramazzini ne se contente pas des médecins pour se renseigner. Fin lettré, il a recours aux poètes et aux littérateurs ; ses leçons sont émaillées de citations ou d'opinions d'Homère, d'Hésiode, de Platon, d'Aristote, de Plaute, de Térence, de Cicéron, d'Ovide, de Virgile, d'Horace, de Martial, de Juvénal, de Pline le jeune, de Catulle, d'Aulu-Gelle, de Saint-Augustin, etc., même parmi les littérateurs de son époque, de Bacon et de Descartes.

Il ne se contente pas de décrire les maladies

qui frappent telle ou telle catégorie de travailleurs, il s'inquiète dans quelles conditions ils travaillent.

Il consacre un chapitre aux maladies auxquelles sont sujets les artisans qui travaillent debout (varices, lumbago, dyspepsie, etc.) et fait remarquer que la station debout fatigue plus que la marche.

Il consacre également un autre chapitre aux artisans qui travaillent assis et à leurs maladies. Dans ce chapitre, il s'intéresse surtout aux cordonniers et aux tailleurs et fait remarquer le nombre de bossus et de contrefaits qui existent dans ces deux métiers.

Ramazzini termine par une dissertation sur les maladies des gens de lettres ; il classe parmi ces derniers les avocats, les magistrats et les médecins. Nous ne résistons pas à la tentation de reproduire *in extenso* le passage ayant trait aux médecins :

« Quant aux médecins, cliniciens ou praticiens, leur travail présente beaucoup moins de dangers (que celui des hommes de loi ? ?). Leur occupation est surtout la pratique médicale et les visites quotidiennes à leurs malades. Ils ne sont pas attaqués par autant de maux que les autres, et si parfois ils sont malades, il ne faut pas en attribuer la cause à leur vie sédentaire, comme pour les autres savants, mais plutôt aux courses qu'ils font !

« On s'étonne bien souvent de constater que, lorsque sévissent de graves épidémies, des fièvres malignes, des pleurésies ou d'autres maladies contagieuses, les médecins n'en sont pas atteints, comme par une sorte de privilège accordé à leur art. Je crois qu'on doit expliquer cela moins par les précautions qu'ils prennent que par l'exercice qu'ils se donnent et par la bonne humeur que leur donne un gain considérable. J'observe en effet que les médecins ne se portent jamais si mal que là où personne n'est malade, ce qu'on a pu facilement constater pendant ces cinq dernières années où, grâce à d'heureuses circonstances, aucune épidémie ne s'est déclarée. Ils ne se tirent pas toujours à si bon compte de leur travail, et j'en ai connu beaucoup qui sont devenus hernieux à force de monter des escaliers. En outre, le flux dysentérique est commun, ils sont souvent eux-mêmes attaqués de dysenterie, ce qui leur vient peut-être du long séjour auprès des malades ou des miasmes qu'ils reçoivent par la bouche ou par ailleurs. Aussi ceux qui soignent les dyentériques ont-ils le soin de ne pas s'arrêter longtemps au chevet des malades et de les soigner sans même s'asseoir ».

Constatons en passant que la nosologie des médecins s'est sensiblement transformée depuis le XVIIe siècle, si l'on s'en rapporte à la statistique de la *Mutualité familiale du Corps médical français*, que le Dr H. Mignon, secrétaire général, a publiée dans le *Concours médical* en 1928.

Concluons, en constatant que la *De morbis Artificum Diatriba*, étant données les modifications profondes des conditions de vie des travailleurs et de la technique du travail, ne saurait guère s'appliquer aux ouvriers de notre époque. N'empêche que B. Ramazzini a fait une œuvre très utile ; comme il le dit lui-même dans sa Préface, jugeant son livre bien imparfait, il « pense qu'il servira d'encouragement aux autres médecins qui voudront bien s'occuper de ces recherches . »

J. Noir.

QU'EST-CE QUE LA SPÉCIALITÉ UROLOGIQUE ?

par le Docteur F. Cathelin

La spécialité urologique est, sans conteste, avec les spécialités faciales, la plus spéciale de toutes les spécialités.

Elle a d'ailleurs un titre de noblesse particulièrement chatoyant, c'est son ancienneté et nous serons tous morts depuis plus de deux mille ans qu'il y aura encore des urologistes spécialisés pour le plus grand bien des malades.

Elle débute avec l'âge des cavernes c'est-à-dire à l'époque où un premier homme n'a pu pisser ou a souffert d'une pierre qui l'empêchait de chasser.

Plus tard, il y a plus de 5.000 ans, on en retrouve déjà les premiers éléments dans le papyrus d'Ebers et aussi dans les sarcophages des momies pharaoniques, où les pierres vésicales prouvent déjà leur fréquence et la nécessité d'hommes spéciaux pour les soigner.

Plus tard, nous retrouvons nos confrères d'alors dans la Grèce et dans la Rome antiques et chez nous, au début du second millénaire, Pierre Franco, Guy de Chauliac et Maître Henri de Mondeville ont étudié spécialement cette partie de notre art.

Dans les siècles qui suivirent, nous retrouvons la fameuse dynastie des Collot qui avait reçu une charge de lithotomistes privilégiés du roi et qui se transmirent de père en fils pendant 200 ans le secret de l'extraction de la pierre dans la vessie car il fallait alors de larges épaules pour supporter le poids de morts qui étaient si fréquentes. Frère Côme et Frère Jacques furent leurs dignes continuateurs.

Plus près de nous, nous trouvons après Boyer et Desault, les deux grandes figures de Civiale et de Leroy d'Etiolles qui continuent avec éclat la tradition par la découverte de la lithotritie, cette perle de la chirurgie moderne puis, avec Maisonneuve et Désormeaux, nous arrivons à l'époque contemporaine qu'illustrèrent les grands noms de Guyon et d'Albarran.

La chaine est donc ininterrompue depuis 5.000 ans et n'est pas près de se briser, surtout après les superbes découvertes des temps actuels dans le domaine des affections des voies urinaires.

Officiellement, nous trouvons à l'époque qui est la nôtre, bien que commençant déjà à s'estomper dans le passé, deux grandes Ecoles, non pas rivales mais complémentaires qui ont diffusé leur renommée à travers le monde : *l'école allemande* avec Israël pour le rein, Nitze pour la vessie, Casper, Kollmann et Oberlânder pour le canal, Freudenberg pour la prostate et *l'école française* qu'on pourrait qualifier d'anatomo-clinique représentée par Guyon et Albarran.

De cette époque, date la création de chaires magistrales où sont venus s'instruire les urologistes du monde entier qui, à leur tour, dans leurs pays respectifs ont créé des élèves qui forment aujourd'hui une phalange compacte dont le domaine est bien circonscrit, avec leurs méthodes spéciales, leurs procédés spéciaux, leur instrumentation surtout qui n'a rien emprunté à personne.

C'est donc chez nous incontestablement où l'on trouve la ligne de démarcation la mieux individualisée et il n'est pas nécessaire de se creuser beaucoup la tête pour la mettre lumineusement en relief.

Nous irons même plus loin : s'il y a, peut-on dire une chirurgie d'ordre exclusivement manuel, ne demandant qu'une dose très moyenne de profondeur d'esprit, il en est d'autres au contraire qui demandent des qualités bien supérieures d'anatomiste consommé, de physiologiste averti, de chimiste, de radiologue, d'anatomo-pathologiste et surtout de dextérité habile indispensable à la conduite si délicate des opérations sur le rein, la vessie et la prostate.

Techniquement parlant, il faut posséder dans cette branche singulièrement épanouie de la chirurgie plus d'habileté que dans les autres où il est facile de se donner beaucoup de jour pour opérer avec beaucoup de sécurité, puisque chez nous, nous sommes constamment gênés par des auvents osseux qui paralysent nos mouvements, comme les côtes ou le pubis.

Il faut donc se torturer les doigts pour accomplir des manœuvres que d'autres exécutent à ciel ouvert. C'est bien une chirurgie d'aveugle, qu'il s'agisse de néphrectomies difficiles avec rein haut situé, de taille vésicale pour tumeur cachée dans un coin latéral du réservoir, d'une prostate qui est à bout de doigts ou d'une pierre qu'on brise dans une chambre obscure où cependant il ne faut pas déplacer les meubles.

C'est bien le triomphe de la chirurgie tactile, ce qui fait que la *mentalité* du chirurgien urinaire doit être toute différente de celle du chirurgien général.

Ce qu'il y a même de curieux, c'est qu'un chirurgien urinaire pourrait à la rigueur pratiquer facilement les opérations de chirurgie courante alors que la réciproque n'est pas également vraie et qu'il est à peu près impossible à un chirurgien général de pratiquer les opérations si minutieuses du tractus urinaire qui demandent tant de délicatesse, de doigté, d'éducation particulière, surtout une instrumentation complexe et riche et des soins très spéciaux que seuls connaîtront bien ceux qui en ont une pratique étendue.

C'est ce qui explique la nécessité de *services spéciaux* dont la qualité dépend d'ailleurs de la personnalité du chef et de maisons de santé spéciales, tant sont très particuliers nos modes d'exploration et le méticuleux de nos soins journaliers.

Quand on opère une appendicite à froid, on peut sans grand dommage ne plus revoir son malade et ne lui faire qu'un seul pansement à l'enlèvement des fils ; chez nous au contraire, les soins les plus attentifs durent toujours plusieurs semaines et très souvent plusieurs mois.

On conviendra qu'il y a là une sérieuse différence et que la vie d'un homme n'y suffirait pas si chacun de nous n'avait à ses côtés une cohorte de collaborateurs spécialisés qui achève avec conscience l'œuvre du maître.

Ambroise Paré lui-même n'a jamais ouvert de vessie dans sa vie et il en laissait le soin aux Collot qui en connaissaient toutes les finesses.

On pourrait poursuivre le contraste plus loin en montrant que si l'asepsie de Terrillon règne en maîtresse dans la chirurgie générale, il n'en est pas de même chez nous où nous devons conserver le rite antiseptique puisque presque tous nos malades sont déjà infectés et que nous ne travaillons pas sur le même terrain.

Il en est de même pour la rachi que nos voies urinaires ne tolèrent pas.

Une spécialité chirurgicale comme la nôtre se reconnaît donc à des *caractères naturels* qui ne trompent pas : le passé d'abord, nos méthodes ensuite et surtout notre instrumentation qui est d'une richesse inégalée ; la chaire magistrale ne vient qu'après pour matérialiser une situation de fait qu'aucune puissance au monde ne peut contrarier.

Aussi, est-ce tout à l'honneur du Corps de Santé militaire d'avoir créé dès 1914 et pour les blessés de la guerre un service spécialisé de chirurgie urinaire qui a été le premier de toutes les autres spécialités et qui, au cours du grand combat, a rendu les plus signalés services à nos valeureux soldats, sûrs qu'ils étaient de toujours trouver sur leur route douloureuse les hommes adéquats à leurs blessures et capables de les guérir.

***

Si d'ailleurs, nous suivons pas à pas les divers segments du tractus urinaire nous trouvons le bien fondé de toutes les affirmations mentionnées plus haut. Ainsi pour le rein, n'y a-t-il pas

rien de plus délicat que la néphrectomie secondaire pour vieille pyonéphrose avec un pédicule gros comme le poignet qu'il faut dissocier au milieu d'obstacles dangereux comme l'artère et la veine rénales plus ou moins incluses dans la masse sclérosée du hile ? Y a-t-il rien de plus difficile que de chercher et surtout de trouver un petit calcul non pissable retenu dans un calice ? Et il n'est pas toujours facile d'énucléer rapidement — car il faut aller vite — un énorme cancer du rein qui ne veut pas sortir ou de faire correctement une anastomose terminale pyélo-urétérale.

N'oublions pas qu'il s'agit là d'un organe fragile, saignant et profond dont la haute différenciation exige une délicatesse de mouvements qu'on ne retrouve certainement pas dans l'extraction d'un fibrome par exemple. Les fautes de technique sont beaucoup plus indélébiles comme lorsqu'il s'agit de la ligature et surtout de la suture de la veine cave inférieure.

De même les opérations sur l'uretère ne sont pas des plus aisées. Les anastomoses de ce petit conduit ne peuvent être comparées à celles de l'intestin qu'on a bien sous la main avec des tuniques épaisses qui rendent relativement faciles les surjets de Lembert.

De plus, qu'il s'agisse du rein, de l'uretère ou de la vessie, ne nous faut-il pas connaître, sous peine de ne rien comprendre à toute la physiologie glandulaire, toute la physiologie des muscles creux de l'organisme et des organes canaliculaires, afin d'éviter de grossières erreurs. La méconnaissance des lois de l'urée peut exposer le chirurgien aux pires catastrophes. Il faut surtout être familier avec la lecture des films radiographiques où là encore on s'expose, par les erreurs d'interprétation, à tous les dangers. Nous en connaissons de multiples exemples des plus savoureux.

Le premier venu ne pourra jamais discerner le contour radiographique des reins et avoir déjà un premier élément d'information.

Pour la vessie, d'autres difficultés nous attendent dont le type est représenté par une tumeur qu'il faut enlever alors qu'elle est dans une position presque inenlevable. Ces cas relèvent de ce que j'appelle de vraies acrobaties chirurgicales. C'est une des choses les plus spéciales qu'on puisse imaginer et j'ai encore le souvenir lointain de ces extractions qui vieillissent un homme.

Pour la prostate, c'est encore la même chose. Il fallait autrefois une main exercée pour enlever la glande par le périnée sans léser le rectum et je me rappelle encore de ces cas malheureux où une fistule recto-vésico-urétrale a empoisonné les jours du malade.

Le caractère spécial de la prostatectomie sus-pubienne explique les succès initiaux de Freyer qui n'avait rien du chirurgien général et que j'ai été voir opérer à Londres pour m'instruire sur notre carence d'alors, de même que nous ne comprenions rien des succès cystoscopiques de Nitze à Berlin, à ce point qu'il était alors le seul au monde à bien manier ses anses cystoscopiques.

Et je ne parle pas de l'urètre dont les fistules sont souvent désespérantes et exigent des techniques particulières que la pratique de la guerre mondiale nous a appris à connaître et à guérir.

(A suivre).

LA MISSION DE LA MÉDECINE DANS LA NOUVELLE POLITIQUE SOCIALE

Nouvelle politique sociale ? Précisons. Elle n'apparaît nouvelle qu'à ceux qui la découvrent aujourd'hui. Ce qui serait vraiment nouveau pour certains, qui, depuis bien des années, ont lutté ardemment pour obtenir un mieux être social, c'est que s'ébauchent enfin les premières constructions d'une telle politique ! Constatons-le, nous n'en sommes pas encore tout à fait là. Certes les idées évoluent et dans ce pays, à qui il aura fallu la plus sévère des défaites pour se rendre compte de la gravité des maux qui depuis si longtemps le minaient, on se préoccupe plus volontiers des grands problèmes : santé, famille, natalité, jeunesse, travail... Reconnaissons qu'il s'agit encore surtout de velléités et de paroles. Dans ce climat de rénovation que l'on s'efforce de créer, il y a encore une majorité de tièdes. Le grand départ n'est pas pris. Bien peu de Français sont capables de se représenter l'étendue et la grandeur du programme à mettre en route.

Un article de presse sur ce sujet est-il encore souhaitable ? On pourrait en douter, après tant de chroniques, de rapports, de livres, tant de polémiques sur des thèmes pour lesquels un accord unanime et des décisions efficaces d'action devaient être obtenues depuis si longtemps si... si... un individualisme étroit, un incroyable égoïsme ne paralysaient pas presque tous les membres de ce grand corps inerte que semble être devenu la France.

Nous qui avons, depuis plus de vingt années, pris position contre la démocratie parlementaire, nous avons toute liberté aujourd'hui pour dire que jusqu'ici, tout au moins, malgré bien des espoirs, bien des projets, rien n'est encore changé. Il ne suffit pas de changer les institutions. Nous en sommes donc, hélas, aux mots encore et non aux actes ! On dit « Révolution nationale ». Il semble que ce soit une sorte de vague abstraction. Révolution nationale, ce serait que chacun s'y mette vraiment, s'y consacre, mais chacun pense à son chacun, chacun pense à soi. On se contente de la lettre, mais quant à l'esprit ? Et pourtant on parle beaucoup aussi de l'esprit — d'un renouveau spirituel. Ce mot, dans lequel certains savent inclure une si haute signification, le voici presque gâché par l'abus verbal qu'on en fait depuis des mois ! Une nouvelle politique sociale ? Tant qu'elle ne sera pas l'œuvre d'un puissant faisceau d'intelligences et de cœurs français, nous ne la verrons pas !

Il faut donc d'abord que nous changions, qu'une majorité d'entre nous subissent une sorte de métamorphose, abandonnent un faux angle de vue égoïste et matérialiste de vie. Nous avons la conviction depuis longtemps que, sans cette révolution intime au plus profond de chaque être, le pays ira à la dérive

et c'est ce qui nous décourage parfois d'aborder, sur le papier encore, les détails secondaires de certaines réformes, alors que nous savons bien que ces réformes ont été étudiées, ont été exposées maintes fois déjà et que ce qui manque, c'est non seulement la conviction que l'intérêt France conditionne l'intérêt supérieur de chacun d'entre nous, mais surtout l'élan créateur, la flamme, le désir de servir un destin de grandeur tellement plus exaltant que les étroites et petites préoccupations de notre intérêt privé.

C'est ailleurs qu'ici et par d'autres, mieux qualifiés que nous, que devront être désignées les hautes directives spirituelles sur lesquelles devra nécessairement s'appuyer une si profonde révolution.

Nous avons à parler aujourd'hui, entre confrères médecins et à dire, librement, ce que nous pensons devoir être la mission de la médecine dans la grande crise que nous vivons.

***

Chez les médecins il y a, sans aucun doute, une importante minorité d'hommes de cœur, qui ont mis leur science au service de ce cœur et qui ont une juste notion des grands problèmes humains. Il y eut beaucoup de médecins parmi les pionniers de cette politique sociale, dite nouvelle, qui n'est au fond que la politique tout court, celle qui consiste pour quelques-uns, doués particulièrement pour cette mission, à conduire tous les autres, à les aider, sur telle ou telle zone de la planète, selon les possibilités d'une époque, à vivre dans les conditions les meilleures pour leur corps et leur esprit. (Il apparaît navrant de constater que les limites de l'inhumain aient été à ce point dépassées dans la vie moderne qu'il ait fallu inventer le socialisme !)

La mission de la médecine ? Immense. Nous ne le répèterons jamais assez, nous ne le démontrerons jamais assez. Nous ne resterons aujourd'hui volontairement que dans la généralité de ce thème, car ce sont bien des directives supérieures qui manquent, celles qui doivent justifier, ordonner, commander toutes les applications pratiques, sociales — qui, sans ces directives mêmes ne seraient que désordre et anarchie... comme elles l'ont été jusqu'ici et semblent devoir l'être assez longtemps encore.

Les oscillations et les alternances des cycles de la vie des hommes s'expriment sur tous les plans et sont comparables. Nous vivons dans un monde déchu qui peu à peu s'est éloigné de sa tradition primordiale. Tout grand principe de vie, toute sagesse a disparu, ou s'est occultée. Nous voici au comble du désordre et notre pseudo-civilisation, celle d'un progrès matériel indéfini, celle d'une science qui soi-disant devait être capable d'aider l'homme à s'élever toujours plus haut — n'est qu'une orgueilleuse illusion, aboutit en fin de compte à une désastreuse faillite. Le désordre général du monde, est aussi à l'intérieur de chacun de nous. La médecine, les médecins subissent les effets de cette crise de fin de cycle.

La médecine fut à son origine : sacerdotale. Elle embrassait la vie sous tous ses aspects — le divin et l'humain n'étaient pas séparés — l'esprit et le corps. Puis les médecins peu à peu se spécialisèrent. Ils devinrent des professionnels, des scientifiques... perdus dans l'analyse — centrés sur les problèmes de la maladie, ne reliant plus leurs découvertes isolées à de grandes lois. Le médecin, au cours des derniers siècles et il y a quelques années encore, pouvait penser qu'il lui était seulement demandé d'être un savant et consciencieux praticien. Le malade l'appelait quand il le jugeait utile, il allait le visiter, faisait son ordonnance, puis rentrait chez lui, sans s'occuper du reste.

Or, voici que la marche même des événements l'amène à nouveau à prendre conscience de son véritable rôle, de sa grande mission, dans un monde en proie aux affres de la plus formidable des crises. Praticien isolé, travaillant seul, il est dépassé par les fléaux qui sapent une civilisation détraquée par d'innombrables erreurs et toutes sortes d'excès. A quoi sert de guérir certains cas, de colmater, de prolonger des situations définitivement compromises ? Les causes réelles des maladies ne sont pas les microbes ou les courants d'air, il y a des conditions de vie dangereuse à redresser, il y a le manque d'hygiène partout, la méconnaissance de toutes les règles élémentaires de vie saine, diminuant les résistances naturelles du terrain ; il y a les taudis des villes et des campagnes, le surmenage, les erreurs alimentaires, il y a l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, le rhumatisme, le cancer, etc... Que peut le praticien isolé contre tout cela ? Et pourtant il sait, devant cet énorme complexe pathologique, que tous les moyens sont à sa disposition, grâce à la science, à la technique, si elles étaient vraiment mises au service de l'homme pour corriger, pour atténuer une telle somme de laide et inhumaine misère. Il est donc demandé au médecin d'apporter des solutions à toutes ces graves questions, de vie ou de mort, pour la nation dont il fait partie. Et le voici plongé ainsi à nouveau en pleine vie, dans la vie totale, celle à la fois du corps et de l'esprit, le voici en plein dans une médecine dite sociale ou communautaire, appelé à conseiller, à orienter les hommes et leurs dirigeants du jour, dans tous les domaines et à tous les échelons de la vie nationale.

Dans l'ordre de l'urgence, la Santé est sans aucun doute, en France, le problème n° 1. Voulons-nous dire que la place de la médecine doit être la première ? Ce serait exagéré. La première place devrait être donnée aux grands animateurs spirituels, comme cela le fut toujours dans les civilisations traditionnelles du passé, avant cette longue et progressive descente qui a abouti à cette crise de fin de cycle, cette crise du monde moderne. A quelques-uns la «connaissance» et à d'autres, inspirés par une élite de sages : l'action, le commandement, les réalisations.

Quelle va donc être la juste place, le juste rôle, la vraie mission du médecin dans l'époque que nous vivons, que nous allons vivre ? Ne plus se contenter de soigner des maladies par actes dispersés, reconnaître loyalement l'inefficacité d'une telle médecine et aborder par le haut, le problème de la santé du pays en général : apprendre à tous à se bien porter, à vivre sainement. La conduite de notre vie terrestre doit être la constante recherche d'une sorte d'harmonisation de notre condition corporelle avec les grandes lois du Cosmos : lois de l'air, de la lumière, lois de l'alimentation, lois des rythmes du mouvement ou du repos, des saisons, etc... Ces lois dictent le travail à faire, les plans à établir, toutes les applications pratiques. De même qu'il aura fallu inventer le socialisme, voici que la médecine, c'est à peine croyable, se voit obligée de redécouvrir les lois de la nature, de réinventer le « Naturisme ». Tous ces impératifs biologiques concernent non seulement le corps mais l'esprit et c'est ici qu'est le secret même du sens de la mission médicale. Travaillant sur l'homme, ayant la responsabilité de l'humain, de ce complexe palpitant qu'est la vie, le médecin ne peut se contenter d'une médecine purement scientifique, purement matérialiste — il doit redevenir (l'élite dirigeante de la médecine, tout au moins) une sorte d'initié, de haute culture, capable d'embrasser le concept de l'homme dans son ensemble et le voici placé, comme la biologie elle-même, à égale distance de ce qui est *en haut* et de ce qui est *en bas*, au point même de jonction du macrocosme et du microcosme — comme un élément fondamental d'union

entre la connaissance et l'action, entre tout ce qui touche à l'esprit et tout ce qui touche au corps... le voici restitué à sa vraie fonction, d'essence sacerdotale, le voici redevenu un éducateur, un conducteur — appelé à être un exemple de sagesse dans sa vie même...

Dans l'immédiat, tout de suite, son rôle est tout tracé. Dans cette période de confusion, de complète subversion, qu'est la nôtre, période où les forces basses, les appétits, les égoïsmes, les ambitions étroites, ont encore le dessus... où les prémiers signes annonciateurs d'un monde nouveau, d'un nouvel homme, se multiplient chaque jour — où une large place semble devoir être faite à une véritable politique sociale — il doit conseiller ceux qui s'efforcent de donner à notre pays des institutions nouvelles et travaillent à un renouveau sur tous les plans.

Le médecin doit indiquer avec autorité l'ordre d'importance des problèmes, donner les directives qui permettront d'ordonner et d'harmoniser toutes les applications pratiques de détail. Si les seuls impératifs de la science, de la biologie pure, qui sont d'ordre rationnel, ne sont pas par eux-mêmes suffisants — si comme nous le disions précédemment, il faut les relier à des vérités plus hautes, ils sont déjà des arguments de poids dans l'action engagée. On sait la valeur publicitaire, spectaculaire, des faits biologiques, des résultats des expériences des savants et des médecins, dans le grand public et combien les mentalités contemporaines y sont sensibles.

Pour redresser tant d'injustices, pour atténuer tant de misères sociales on aurait pu penser que le cœur suffisait. On aurait pu penser que l'esprit chrétien n'avait pas besoin de l'appui de la science pour veiller dans tous les domaines, à ce que la grande loi d'amour soit respectée... satisfaite... Il n'en a pas été ainsi et tout est à reprendre de ce côté aussi...

Qui donc, sinon le médecin, va pouvoir indiquer ce qu'il y a à faire d'urgence et expliquer pourquoi il faut le faire — avec quelque chance d'être entendu?

Le voici avec le patron de l'usine, précisant quelles doivent être les conditions psycho-physiologiques du travail, montrant quelles sont les lois biologiques qui doivent être respectées avant tout. C'est la transformation de l'usine elle-même, de ses locaux, de son fonctionnement, qu'il va falloir envisager. Nous ne développerons pas ici ce que devrait devenir la véritable médecine du travail. Nous y reviendrons un jour. Quelles que soient les difficultés, l'étendue et le coût des équipements indispensables, si toutes ces mesures sont généralisées, il sera facile au médecin, défenseur de la santé, de la vie saine, robuste, heureuse, de démontrer que les effets de cette nouvelle politique sociale se solderont en fin de compte par des bénéfices productifs pour tous. La loi étroite du profit, pour des gains grossiers immédiats, est une fausse loi et le médecin est un des mieux qualifiés pour en expliquer les raisons.

Et le médecin a beaucoup à dire et à apprendre aussi à l'ouvrier — celui de l'atelier, du syndicat, ou du comité social. Il peut lui révéler les moyens de construire cette nouvelle vie, ce monde meilleur, que l'ouvrier encore n'imagine pas possible et qui est là cependant, à portée de sa main, récompense certaine de ses efforts, de son travail, pour lui et les siens. Eduquer... apprendre à vivre, apprendre la santé, quelle belle mission pour la jeune médecine !

Le médecin a beaucoup à apprendre au client isolé qui vient le voir et à qui il ne doit pas se contenter de donner un secours d'urgence —, en potion ou en pilules, sulfamide ou aspirine—, à qui il doit fournir des explications, des conseils pour redresser un mode erroné de vie, une hygiène déplorable. Le médecin doit mettre devant les yeux de chacun de ses clients

l'état de son bilan-santé et les corrections à y apporter par des disciplines strictes.

***

Mais nous ne pouvons plus nous étendre ici. Laissons le soin au lecteur d'imaginer les conversations, les consultations du médecin, à tous les postes de la vie de chaque jour, où sa présence est souhaitable. Le voici à l'école, le voici chez les apprentis, le voici avec la jeunesse, au camp, dans la colonie de vacances. Le voici quelques heures plus tard à la séance de culture physique s'entretenant avec l'éducateur. le voici sur le stade. Ce soir, il verra la future mère. Il a bien des choses à lui dire aussi, à lui expliquer. Demain, il a rendez-vous avec l'urbaniste — après-demain, c'est avec une municipalité, — avec une des commissions d'une famille professionnelle et peut-être verra-t-il aussi un ministre...

Médecine sociale, cela ! médecine communautaire ? pour nous, c'est la médecine tout court !... Voici quelques-uns des rôles du médecin, au service de buts élevés — s'efforçant de faire la synthèse, d'ordonner, d'harmoniser — une immense révolution dans la vie de l'homme moderne. Le voici dans la vie même, au service du concret, de l'humain, du palpitant à la recherche de ce qui est équilibré, harmonieux, beau, bousculant les préjugés, les routines, les intérêts égoïstes, les vanités, les paperasseries et les lenteurs administratives, exigeant sans cesse que soient respectés, que soient satisfaits pour tous, les impératifs de lois terrestres et éternelles.

Quittant ces données générales, qu'ils nous est apparu indispensable d'énoncer d'abord, nous verrons dans un prochain article comment envisager le rôle du médecin praticien dans une telle nouvelle organisation de la médecine.

Dr P. WINTER.

A TRAVERS L'OFFICIEL (Suite)

Art. 5. — Les médecins conseils ne peuvent correspondre avec les médecins traitants que directement, toutes précautions matérielles étant prises pour que le secret professionnel soit respecté. Les médecins conseils sont, sauf dérogation prévue par la loi, tenus au secret médical, notamment à l'égard de l'organisme d'assurances sociales auprès duquel ils exercent leur activité.

Art. 6. — § 1er. — Pour l'exercice du contrôle médical les organismes d'assurances sociales peuvent faire appel, en outre, à des médecins consultants qui ne consacrent pas exclusivement leur activité au contrôle défini par le présent arrêté.

§ 2. — Les médecins experts doivent être inscrits sur des listes spéciales établies dans chaque région par une Commission comprenant : le directeur régional de la Santé, président ; le directeur du Service régional des Assurances sociales, le médecin conseil régional, un médecin conseil du département intéressé désigné par le médecin conseil régional, un représentant du Conseil de l'Ordre des médecins du département intéressé, et deux représentants des organismes d'assurances sociales désignés par le directeur du Service régional des Assurances sociales.

....

Art. 7. — § 2. — Les contrats passés entre les organismes d'assurances sociales et les médecins conseils devront être conformes à des contrats-types établis par l'Institut national d'action sanitaire des Assurances sociales. Ces contrats-types détermineront notamment les conditions de rémunération, d'avancement, de congé, de perfectionnement des médecins conseils, ainsi que les mesures disciplinaires

dont ils pourraient, le cas échéant, être l'objet. Ils fixeront, d'autre part, en ce qui concerne les médecins experts, les conditions de leur rémunération.

§ 3. — Les contrats-types prévus ci-dessus seront soumis à l'homologation du Secrétaire d'Etat au Travail et du Secrétaire d'Etat à la Santé.

Art. 8. — § 1er. — Les médecins titulaires, en fonctions dans les Caisses d'assurances sociales ou leurs Unions, à la date du présent arrêté, pourront être confirmés dans leur situation par la commission prévue à l'article 2 (§ 2) s'ils satisfont notamment aux conditions 1, 4 et 5 de l'article 1er (§ 1er).

....

§ 2. — Les médecins titulaires qui ne seront pas confirmés dans leur fonction seront licenciés dans les conditions prévues par les contrats passés entre eux et les organismes d'assurances sociales. A défaut de contrat, le délai et l'indemnité de licenciement seront fixés conformément aux règles déterminées par les contrats-types prévus à l'article 7 (§ 2).

....

(*J. O.*, 5 décembre 1942).

Contrôle médical des activités sportives

Un arrêté du Commissaire général aux sports, du 23 novembre 1942, institue un contrôle médical des activités sportives.

Ce contrôle a pour objet :

1° La délivrance aux membres des associations sportives du certificat médical d'aptitude aux sports, sanction de l'examen médical prévu pour l'obtention de la licence fédérale ou pour son renouvellement annuel (loi du 20 décembre 1940, art. 12) ;

2° La surveillance médicale régulière des membres desdites associations :

3° La surveillance médicale des compétitions sportives.

L'arrêté confie la mise en œuvre du contrôle médical sportif : 1° à l'échelon national, à une commission médico-sportive nationale ; 2° aux échelons régionaux, à des commissions médico-sportives régionales dont il règle la composition, la compétence et les modalités de fonctionnement.

Entre autres attributions, la Commission médico-sportive régionale arrête la liste des médecins qui, dans son ressort territorial, sont habilités à délivrer les certificats d'aptitude aux sports. Ces médecins, dits « médecins agréés », sont choisis d'après leurs titres personnels et leur compétence particulière en matière d'éducation physique et de sport.

La liste des médecins agréés, soumise pour avis aux directeurs départementaux de l'ordre des médecins, devra être présentée à l'agrément du directeur régional de l'éducation générale et des sports.

Le certificat d'aptitude aux sports, exigé pour l'obtention ou le renouvellement annuel de la licence sportive, peut être délivré :

1° Soit par un médecin choisi par l'intéressé ;

2° Soit, pour les scolaires, par le médecin contrôleur de l'établissement, qui les aura examinés au titre du contrôle médical scolaire des activités physiques et sportives ;

3° Soit, à la diligence de l'association sportive, par le médecin de cette association ;

4° Soit par les médecins des centres médico-sportifs, organismes dont l'institution et l'organisation font l'objet d'un règlement particulier.

Dans tous les cas, les médecins consultants doivent figurer sur la liste d'agrément.

Le certificat médical d'aptitude aux sports devra être conforme au modèle déposé au commissariat

général aux sports (direction de l'éducation générale et sportive, bureau médical) et ne devra pas dater de plus de six mois pour être valable.

Il précisera, dans la mesure du possible, les sports permis ou interdits au candidat examiné.

Il ne sera exigible qu'en vue de la pratique de certains sports athlétiques dont la liste sera établie par la Commission médico-sportive nationale.

(*J. O.*, 29 novembre 1942).

ÉCHOS & COMMENTAIRES

CONTRÔLE MÉDICAL : 1°) DES ASSURANCES SOCIALES. — 2°) DES ACTIVITÉS SPORTIVES. — LE BACCALAURÉAT DES FUTURS MÉDECINS.

Un important arrêté des Secrétaires d'Etat au Travail et à la Santé, pris en application de l'article 6 de la loi du 29 mai 1941 vient de paraître à *l'Officiel*. Il règle les grandes lignes du fonctionnement du contrôle médical des Assurances sociales. Nous en publions des extraits d'autre part.

Nous aurons l'occasion de revenir sur ce texte qui cadre en plusieurs points avec les idées développées par le Docteur CIBRIE, dans un récent numéro des *Archives hospitalières*, sur la Médecine de contrôle. Contentons-nous aujourd'hui de relever quelques-unes de ses dispositions principales.

Le médecin contrôleur devra renoncer à toute clientèle privée : le contrôle sera donc séparé des soins.

Le médecin contrôleur devra être titulaire d'un diplôme spécial, délivré par l'Institut sanitaire dans des conditions qui seront ultérieurement fixées : ainsi sera, pensons-nous, assurée la formation technique du contrôleur (notamment au point de vue juridique et administratif). L'arrêté ne prévoit pas pour le candidat la nécessité d'avoir exercé la médecine pendant un certain temps. C'est là, semble-t-il, une lacune qui devrait être comblée, si à côté des connaissances juridiques et théoriques, on veut bien admettre que le contrôleur doit avoir aussi une connaissance approfondie de la pratique médicale.

Les médecins conseils seront tenus au secret professionnel à l'égard des organismes d'assurances auprès desquels ils exercent leur activité et ne devront communiquer que directement avec les médecins traitants : double innovation fort importante qui facilitera, nous en sommes sûrs, à l'avenir, les relations entre médecin contrôleur et médecin traitant.

L'indépendance du médecin contrôleur par rapport à l'administration des Assurances sociales n'est pas pleinement assurée. Sans doute, des garanties lui sont-elles données sur les conditions de sa nomination, sur la stabilité de son emploi, sus les règles de son avancement, etc..., mais l'arrêté établit formellement un lien de subordination entre le contrôleur et la caisse qui l'a choisi.

Le Docteur CIBRIE, dans l'article susvisé, voyait la solution de cette grave question d'indépendance, dans la constitution d'un corps de fonctionnaires appointés par l'Etat, dans lequel l'administration aurait choisi ses contrôleurs en complétant personnellement leur rémunération. Nous préfèrerions quant à nous, que les contrôleurs se groupassent en Compagnies autonomes reconnues par la loi, dont seuls les membres, spécialement qualifiés,

auraient eu le monopole de l'exercice des fonctions de contrôle.

Quant aux règles techniques de fonctionnement du contrôle, elles feront l'objet d'un règlement ultérieur établi par l'Institut sanitaire. Le cadre de ce règlement nous paraît d'ailleurs déjà tracé par la loi du 29 mai 1941 qui, rappelons-le, étend le domaine du contrôle non seulement à l'étendue et à la durée des soins, mais aussi à leur valeur et à leur opportunité.

De moral, de disciplinaire le contrôle risque de devenir scientifique : que de difficultés en perspective !

***

Nous publions sous la rubrique « A travers l'Officiel » un résumé de l'arrêté pris sous le sceau du Ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale instituant un contrôle médical des activités sportives. Sur la nécessité de ce contrôle, nous ne pouvons que donner notre accord sans réserve. Sur ses modalités d'exécution telles qu'elles résultent du texte qui vient de paraître, quelques observations s'imposent.

Pourquoi avoir confié à une catégorie spéciale de médecins le soin de délivrer les certificats d'aptitude aux sports ? Ces médecins porteront, nous dit-on, le titre de médecins agréés et ils seront choisis d'après leurs titres professionnels et leur compétence particulière en matière d'éducation physique et de sports.

L'article 10 prévoit bien dans son § 1er le libre choix du médecin par l'intéressé, mais il s'agit d'un libre choix... dirigé, puisque le médecin choisi doit obligatoirement figurer sur la liste d'agrément.

Encore une nouvelle atteinte au principe de l'unité du diplôme ! Est-il vraiment impossible aux médecins praticiens de dire en toute objectivité et conscience si telle ou telle personne est apte ou inapte aux sports ?

Encore une nouvelle caste de médecins ajoutée à celles des médecins agréés pour fonctionnaires, pour pensionnés de guerre, etc...

De plus, les critères fixés pour déterminer la désignation de ces médecins sont trop vagues pour ne pas laisser craindre que le favoritisme ou les relations aient plus de part dans les nominations que le mérite.

Ne faut-il pas attribuer ces imperfections manifestes au fait que le texte en question émane du seul ministère de l'Education nationale et n'est revêtu que de la seule signature du Commissaire général aux sports, lequel ne doit avoir sur les choses médicales que de très vacillantes lueurs ! L'article 9 § 2 qui parle de « directeurs départementaux de l'Ordre des médecins » ne le prouve-t-il pas ?

Qu'advient-il donc de la loi du 27 juillet 1942 donnant au Ministre de la Santé publique les pouvoirs les plus étendus en matière de sauvegarde de la Santé publique ? Les services médicaux de l'Education nationale ont vraisemblablement omis de soumettre l'arrêté du 23 novembre aux services de la rue de Tilsitt et il faut avouer que c'est bien regrettable.

***

Plusieurs correspondants se sont inquiétés de bruits persistants selon lesquels ne pourraient, à l'heure actuelle, poursuivre les études médicales, que les jeunes gens pourvus d'un baccalauréat comportant obligatoirement le latin pour la première partie et philosophie-sciences pour la deuxième partie.

Précisons donc, afin de dissiper toute équivoque,

que dans l'état actuel de la législation, continue à donner accès aux Facultés de Médecine, le diplôme de baccalauréat quelle que soit sa forme et qu'il comporte ou non l'enseignement du latin pour la première partie ; de la philosophie ou des mathématiques élémentaires pour la seconde partie.

Cependant, un rapport présenté au Ministre secrétaire d'Etat à l'Education nationale par le président du Conseil supérieur de l'Ordre des médecins au nom de la Commission de réforme des études médicales récemment nommée, conclut à ce qu'à partir de 1943 ne puissent prendre leur inscription à l'année préparatoire aux études médicales, que les bacheliers possèdant pour la première partie le diplôme latin-grec ou latin-sciences, et pour la deuxième partie : philosophie-sciences ou mathématiques.

Les conclusions de ce rapport seront-elles adoptées ? Nous ne le savons pas.

En attendant rien n'est changé à la règlementation antérieure.

CORRESPONDANCE

5.355. — Accidents du travail. — Soins donnés à un blessé du travail hospitalisé dans une clinique — Honoraires

J'ai opéré au titre de la loi de 1898, avec accord de l'assurance, deux malades qui ont été hospitalisés au dispensaire de la Croix Rouge, comme ils l'auraient été dans une autre clinique (chambre à un lit).

J'ai adressé une note d'honoraires à l'assurance, opération + soins au tarif de la loi de 1898.

J'ai compté quelques visites post-opératoires au tarif de 17 francs.

La Compagnie d'assurances m'a réglé l'opération au tarif habituel ; quant aux visites, elles m'ont été réglées à 6 francs au lieu de 17 francs.

Pour justifier cette amputation, la Compagnie invoque l'article 4 de la loi du 1er juillet 1938 et l'article 30 du tarif des frais médicaux (arrêté du 5 mai 1939) *et déclare* qu'elle ne doit verser (outre les frais de séjour, et les actes médicaux ou chirurgicaux, dont le prix est égal ou supérieur à 40 fr.), qu'un honoraire journalier forfaitaire de 6 francs par journée d'hospitalisation.

Qui a raison ? Moi? en réclamant 17 francs par visite post-opératoire pendant l'hospitalisation ? ou : *L'assurance* ? qui m'offre un forfait de 6 francs par jour d'hospitalisation ?

J'attends votre réponse, pour liquider ce débat, d'ailleurs sans aigreur, et répondre à la compagnie.

Dr H.

Réponse

Les dispositions de l'article 4 de la loi du 9 avril 1898 sur les accidents du travail telle qu'elle a été modifiée par la loi du 1er juillet 1938 concernant les obligations de l'employeur en cas d'hospitalisation du blessé sont libellées de la façon suivante :

« En cas d'hospitalisation dans un établissement public, l'employeur est seul tenu au paiement du prix de journée applicable aux malades payants dans les salles communes et des honoraires médicaux et chirurgicaux dus au médecin et chirurgien, conformément au tarif de responsabilité patronale ».

Dans le cas où l'accidenté est hospitalisé dans une clinique privée dont les taux et conditions sont plus élevés que dans les établissements hospitaliers publics,

l'employeur, seul tenu au remboursement des frais, ne le sera que dans les limites des tarifs des établissements hospitaliers publics.

Par conséquent, que la victime d'un accident du travail soit hospitalisée dans un établissement public ou dans une clinique privée, les obligations de l'employeur sont exactement les mêmes. Elles se réduisent en ce qui concerne les frais d'hospitalisation au prix de journée applicable à l'hôpital aux malades payants dans les salles communes et en ce qui concerne les honoraires médicaux et chirurgicaux au tarif de responsabilité patronale.

Or il est dit à l'article 30 du tarif des accidents du travail que les honoraires à l'hôpital public et en clinique privée sont fixés à la somme de 6 francs à titre forfaitaire pour toute journée d'hospitalisation au profit du médecin de l'hôpital dans le service duquel se trouve le blessé ou du médecin de la clinique, indépendamment des honoraires particuliers qui peuvent être dus pour l'acte opératoire ou pour l'intervention.

Toutefois, la journée d'hospitalisation qui donne lieu à un honoraire à l'acte au profit du chef de service d'hôpital ou du médecin de la clinique, ne comporte pas d'honoraire forfaitaire journalier pour un même praticien.

Il résulte de tout ceci que dans le différend qui vous oppose à la Compagnie d'assurances, c'est la Compagnie qui se trouve avoir raison d'une façon indubitable.

5186. — Automobilisme. — Une Simca 5 peut-elle être équipée pour rouler au gaz ?

Une station de compression de gaz d'éclairage devant être installée ici sous peu pourriez-vous me dire si une Simca cinq (décapotable) peut être équipée pour rouler au gaz. Mon garagiste déclare qu'il en doute, mais ne me paraît pas très fixé.

Pourriez-vous en même temps me donner quelques renseignements sur la ou les maisons pouvant fournir l'équipement nécessaire, et, si vous le savez, la dépense approximative d'un tel équipement.

D[r] M.

Réponse

Votre Simca 5 peut certainement être équipée pour rouler au gaz (possibilité technique).

Quant à la possibilité administrative c'est plus douteux. Théoriquement, vous devez d'abord vous assurer auprès du poste distributeur de gaz qu'il peut vous alimenter, et, muni de cette attestation, vous demandez au représentant du Comité d'organisation de l'Automobile de votre département, une autorisation pour faire équiper votre voiture au gaz.

Cette autorisation permet à un installateur d'opérer. Après présentation de la voiture au Service des Mines, inscription à la Préfecture pour carte grise, et enfin demande de permis de circulation, vous pourrez rouler.

Parmi les maisons pouvant fournir l'équipement nécessaire, je vous signale tout particulièrement « l'Air liquide » à Boulogne-sur-Seine.

Vous trouveriez également des renseignements dans les Compagnies de gaz.

Henri PETIT.

Gérant : J. MIGNON
N° d'autorisation : **77** et **Pa 692**

Imp. THIRON & CIE, Clermont (Oise).
N° au C. O. L. : **31.0044**


CRINEX
EXTRAIT OVARIEN TOTAL STANDARDISÉ
stimule
OREX
EXTRAIT ORCHITIQUE TOTAL STANDARDISÉ
équilibre
FRÉNOVEX
EXTRAITS MAMMAIRE ET LUTÉINIQUE
freine
la fonction ovarienne
LABORATOIRES CRINEX-UVE
4, AVENUE DU DOCTEUR LANNELONGUE, PARIS (XIVe)


VALS
LA REINE

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

N. B. — Les travaux originaux sont indiqués en *italiques.*

ANNÉE 1942

Cette table contient trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle III. Noms des Auteurs.

I

Partie Scientifique

A

B

U

V

II

Partie Professionnelle

A

✦

F

G

H

I

L

M

O

P

R

S

T

III

Noms des Auteurs

F

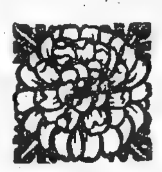
G

H

J

L

M



Gérant : J. Mignon
N° d'autorisation : 77 et Pa 692

Clermont (Oise). — Imp. Thiron & Cie
N° au C. O. L. : 31.0044

TARIFS DES ASSURANCES SOCIALES

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Le nouveau régime des Assurances sociales

A l'occasion de la publication de la nouvelle nomenclature des actes professionnels en matière d'assurances sociales, il nous a paru opportun de faire une rapide mise au point des changements, à la fois nombreux et importants, survenus depuis le décret-loi du 28 octobre 1935 dans le régime de l'assurance-maladie.

Rappelons tout d'abord que depuis la loi du 5 avril 1941, les Assurances sociales agricoles échappent au régime général et dépendent désormais du Ministre de l'Agriculture et non du Travail. Provisoirement le décret-loi du 28 octobre 1935 reste en vigueur dans ce domaine, aux quelques modifications près apportées par la loi du 17 mars 1942. Les lois et textes intervenus depuis la guerre ne concernent donc que les assurés du commerce et de l'industrie. Il en va notamment ainsi de la loi du 29 mai 1941 et de la nouvelle nomenclature qui fait l'objet du présent fascicule.

Les prestations ordinaires de l'assurance-maladie ont été profondément remaniées par la loi du 29 mai. Au principe du tarif de responsabilité fixé par les Caisses après convention avec les Syndicats médicaux, dans la limite d'un tarif de réassurance, est substitué le principe d'un tarif minimum fixé par arrêté interministériel Travail-Santé. Provisoirement ce tarif minimum est l'ancien tarif limite de réassurance. Mais il appartiendra aux secrétaires d'Etat intéressés de fixer dans chaque région ou département, après consultation des Caisses et de l'Ordre, des chiffres-clés qui, appliqués à la nouvelle nomenclature, donneront les tarifs minima prévus par la loi. Le travail est actuellement en cours. Ce n'est que lors de son achèvement que la nomenclature publiée ci-après entrera effectivement en vigueur.

Sur la base du tarif minimum, il sera permis aux Caisses, par convention avec les Conseils de l'Ordre qui ont pris pour l'application du décret-loi du 28 octobre 1935 la succession des Syndicats, de fixer des tarifs supérieurs. Un exemple venu de haut : dans la région parisienne, le tarif de responsabilité coïncide avec le nouveau tarif corporatif minimum. Toutefois les Caisses ne jouissent pas d'une entière liberté. Elles décident, en tenant compte de leurs possibilités financières, entre un point bas qui est le tarif minimum et un point haut qui est le nouveau tarif limite de réassurance.

Il faut, en effet, également considérer comme non abrogé l'art. 6, § 18 du décret-loi du 28 octobre 1935. Depuis le 1er juillet 1941, l'arrêté du 7 octobre 1938 fixant l'ancien plafond a changé, nous l'avons vu, de caractère et constitue un simple plancher. Il appartiendra donc au Ministre du Travail, par un nouvel arrêté, de marquer les limites que les Caisses ne peuvent dépasser sans perdre le bénéfice de la garantie en cas de déficit.

Les Conventions Ordre-Caisses s'inspireront sans doute très généralement de la convention-type étudiée actuellement par le Conseil supérieur de l'Ordre. On avait pu craindre, à en croire certains communiqués, que cette convention-type ne fasse bon marché de l'entente directe. Des démentis formels sont heureusement intervenus, et les Conseils départementaux garderont au reste leur liberté. La Convention qui vient d'être conclue récemment par la Seine, la Seine-et-Oise, la Seine-et-Marne, l'Oise et l'Eure-et-Loir, résoud fort élégamment le problème : en principe le médecin doit se contenter du tarif corporatif minimum ; si des raisons particulières le conduisent à le dépasser il peut être appelé à se justifier devant ses pairs, c'est-à-dire le Conseil de l'Ordre. C'est la solution que nous avions, quant à nous, toujours préconisée.

En matière d'hospitalisation, la loi du 2 avril 1942 a définitivement abrogé le régime actuel du remboursement différencié des honoraires et des frais de séjour selon les catégories de l'établissement. Une seule catégorie subsiste : l'établissement autorisé par une Commission officielle, où les Assurances sociales sont au reste en forte majorité. Un tarif minimum de remboursement est prévu. Il ne concernera, semble-t-il, que les frais hôteliers proprement dits. Une convention intervenue entre l'Union des Caisses et le Comité d'organisation des Maisons de Santé le 1er janvier 1942 fixe à 90 francs le maximum du prix de journée applicable aux assurés sociaux en cas d'hospitalisation en chambre à plusieurs lits ; le montant des frais de salle d'opérations est fixé à 80 % du tarif de remboursement des frais exposés par l'assuré. Les honoraires médicaux et chirurgicaux seront, au contraire, remboursés, comme il en allait primitivement, sur une base identique à celle du traitement à domicile, c'est-à-dire de la nomenclature et du chiffre-clé régional.

Qu'apporte de nouveau la présente nomenclature ? Comme l'ancienne, elle est nationale et s'applique tant à la pratique médicale courante qu'aux actes de spécialités. Elle laisse de côté les frais d'hébergement et les frais de déplacement. Ce qu'il y a de plus apparent est la suppression de l'ancien K, et son remplacement par les symboles C (pratique courante) H (honoraires de spécialités) et D (actes comportant des frais matériels élevés, en radiologie notamment). En vertu des nouveaux pouvoirs donnés au contrôle médical, certains actes (suivis de la lettre B) ne peuvent être remboursés que si le contrôleur en a été avisé par un « bulletin d'information », certains autres (lettre E) que s'ils ont été autorisés et précédés d'une « demande d'entente préalable ». Notons enfin que sont prévus officiellement les remboursements des auxiliaires médicaux et des frais de cure thermale.

Quant au fond même de la nouvelle nomenclature, l'innovation principale réside dans la substitution au forfait opératoire de la rémunération à l'acte isolé. L'application de ce principe n'est point toutefois et ne pouvait être absolue. Des dérogations sont prévues en détail en cas d'actes multiples pratiqués le même jour ou d'actes successifs pratiqués au cours d'une même hospitalisation. Cette disposition du forfait global soulève bien entendu des critiques du côté des Caisses. Il est à peine besoin de dire qu'elle a, quant à nous, notre entière approbation.

Jean MIGNON.

I. — Généralités sur les tarifs

1° Assurances non agricoles

a) Service à domicile ou au cabinet du médecin

TARIF DE RESPONSABILITÉ

Décret-loi du 28 octobre 1935

ART. 6. — ....

§ 5. — **La part garantie par les Caisses dans le prix de l'acte médical est établie par les Caisses, compte tenu des tarifs médicaux syndicaux minima pratiqués dans la région.**

Cette part est avancée ou remboursée par la Caisse à l'assuré ; elle est inscrite ainsi que toutes autres conditions jugées utiles dans les conventions à passer entre les Caisses et les Syndicats professionnels. En aucun cas, elle ne peut excéder le montant des frais exposés par l'assuré.

§ 6. — Les Caisses fixent également dans leur règlement intérieur le montant et les conditions de leur participation au payement des soins appliqués par des auxiliaires médicaux.

§ 7. — La participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité visée ci-dessus est fixée à 20 %.

....

§ 11. — A défaut de convention avec les Syndicats médicaux dans les conditions prévues au paragraphe 5 ci-dessus, les Caisses peuvent prendre à leur charge une part forfaitaire du prix de tout acte médical dans les conditions d'un tarif de responsabilité spécial.

....

ART. 8. ....

§ 4. — Les Conventions passées entre la Caisse et les Syndicats professionnels de praticiens et avec les Etablissements de soins, et **les tarifs de responsabilité établis par les Caisses dans les conditions prévues à l'art. 6 sont soumis à une Commission fonctionnant au siège de chaque région,** composée pour le premier tiers de représentants des Caisses, pour le second tiers de représentants des groupements professionnels, et pour le dernier tiers de représentants des ministres du Travail et de la Santé publique, y compris les Commissions administratives des hôpitaux et hospices publics.

....

TARIF DE RÉASSURANCE

Décret-loi du 28 octobre 1935

ART. 6. — ....

§ 18. — **Le ministre du Travail arrête, après avis du Conseil supérieur des Assurances sociales et compte tenu des tarifs syndicaux minima, les tarifs limites de responsabilité. Les Caisses qui adoptent des tarifs supérieurs à ces tarifs-limites de responsabilité ne peuvent, en cas de déficit, obtenir une subvention de la section de garantie des unions régionales visées à l'article 30.**

Circulaire ministérielle du 22 février 1941 relative à la représentation des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins au sein des organismes d'Assurances sociales.

En vertu de la loi du 7 octobre 1940 qui a institué l'Ordre des médecins et prononcé la dissolution de leurs Syndicats, les représentants de ces organismes ne peuvent valablement siéger dans les Commissions ou Juridictions participant au fonctionnement des Assurances sociales.

J'ai l'honneur, en conséquence, de vous prier de vouloir bien, dès réception de la présente Circulaire, vous mettre en rapport avec les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins pour que, dans chaque région, ces Conseils soient représentés régulièrement dans le Conseil d'administration de l'Union régionale et au sein de la Commission régionale tripartite.

D'une façon générale, je vous signale que c'est aux représentants du Conseil de l'Ordre des médecins que les Caisses d'Assurances sociales et vous-mêmes devront exclusivement faire appel dorénavant toutes les fois que le concours du Corps médical se trouve prévu par un texte légal ou réglementaire ou simplement exigé par une circonstance exceptionnelle.

Vous aurez, en particulier, à engager dès maintenant les pourparlers nécessaires pour que toutes les conventions qui ont été conclues entre les Caisses d'Assurances sociales et les Syndicats médicaux soient reprises en vue d'y substituer des conventions nouvelles passées avec le Conseil départemental de l'Ordre. Au cas où les anciennes conventions seraient reconduites purement et simplement par ledit Conseil, il n'y aurait pas lieu de les soumettre à la Commission régionale tripartite.

Loi du 29 mai 1941, n° 2.290 portant modification du régime des tarifs des assurances maladie-maternité.

ART. 1er. — § 1er. — Les Caisses d'Assurances sociales, en ce qui concerne la maladie et la maternité, et les Unions régionales, en ce qui concerne les soins aux invalides, avancent ou remboursent aux assurés sociaux, les frais de médecine générale et spéciale, les frais chirurgicaux, les frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure, les frais de déplacement du praticien et de transport des malades, les soins dentaires, les soins donnés par des auxiliaires médicaux, les frais d'accouchement, d'après les tarifs minima de responsabilité, établis dans les conditions ci-après.

§ 2. — Ces tarifs sont arrêtés par le secrétaire d'État au Travail et le secrétaire d'État à la Famille et à la Santé d'après une nomenclature des actes professionnels, établie par le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé. Ils sont fixés pour chaque département ou groupe de départements après consultation .

a) Des Caisses d'Assurances sociales et de leurs unions ;

b) De l'Ordre des médecins pour les frais de médecine générale et spéciale, de chirurgie, les soins dentaires, les soins donnés par des auxiliaires médicaux et les frais d'accouchement ;

c) Des groupements professionnels de praticiens intéressés pour les soins dentaires et les frais d'accouchement ;

L'Ordre des médecins, les groupements professionnels ou les organismes susvisés ont un délai de trois mois à dater de leur consultation par le secrétaire d'Etat au Travail, et le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, pour fournir leur avis sur le tarif qui leur est soumis. L'absence de réponse dans ce délai est considéré comme une approbation.

ART. 2. — La participation de l'assuré aux frais résultant des tarifs susvisés est fixée à 20 p. 100.

En cas de maternité, les bénéficiaires ne supportent aucune participation.

ART. 3. — A compter du 1er juillet 1941 et jusqu'à la publication des tarifs prévus à l'article 1er, les Caisses d'Assurances sociales et les unions régionales avancent ou remboursent aux assurés les frais susvisés sur la base d'un tarif qui ne pourra être inférieur au tarif fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938 et des arrêtés qui pourront être pris, pour le modifier, par le secrétaire d'Etat au Travail, après avis conforme du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé.

ART. 4. — Les frais dûs par les Caisses d'assurances sociales pour les assurés sociaux indigents et leurs

ayants droit au titre des frais d'hospitalisation proprement dits, non compris les honoraires médicaux, sont fixés, à compter du 1er janver 1941, sur la base des tarifs applicables aux hospitalisés du service de l'Assistance médicale gratuite fixés annuellement par les préfets, conformément aux dispositions de la loi du 13 juillet 1935. La participation prévue à l'article 2 est supportée par les collectivités d'assistance pour les assurés régulièrement admis au bénéfice de l'Assistance médicale gratuite.

. . . .

ART. 7. — Sont abrogés toutes les dispositions du décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales qui sont contraires à la présente loi.

(*J. O.*, 24 juin 1941).

Caractère non limitatif des tarifs

On se rappelle la controverse qui s'est élevée sur le caractère prétendûment limitatif pour les honoraires médicaux des nouveaux tarifs de responsabilité des Caisses. Nous en retraçons ci-dessous les principales étapes.

CIRCULAIRE DU MINISTRE DU TRAVAIL DU 21 JUIN 1941 *relative à la réforme de l'assurance-maladie maternité*

Le *Journal officiel* publiera prochainement une loi apportant des modifications au régime tarifaire de l'assurance maladie-maternité.

L'objet de cette loi est d'arriver à une fixation des tarifs des Caisses d'assurances sociales qui, tout en permettant une rémunération honorable des praticiens, assure un remboursement substantiel des dépenses des assurés.

Une première étape est réalisée par la fixation d'un tarif minimum pour toutes les Caisses. Il n'y a plus, provisoirement, de tarif maximum. Les Caisses sont absolument libres de fixer leurs tarifs, à condition de ne pas descendre au-dessous du tarif fixé par l'arrêté du 7 octobre 1938 qui, de tarif maximum, est devenu le tarif minimum. Elles seront couvertes par la réassurance quels que puissent être leurs nouveaux tarifs.

D'après les renseignements recueillis auprès du Secrétariat général à la Santé, le Conseil supérieur de l'Ordre des médecins a, dès à présent, accepté le principe d'accords entre les Conseils départementaux de l'Ordre des médecins et les Unions régionales ou les Unions départementales des Caisses d'assurances sociales ayant pour objet la fixation de tarifs maxima pour des actes médicaux ou chirurgicaux nettement précisés. Ces tarifs s'imposeraient, dans les départements où ces accords seraient conclus, à la fois aux praticiens pour la fixation de leurs honoraires et aux Caisses pour leurs remboursements aux assurés.

Ces accords constituent une deuxième étape. Je compte sur l'entente des Caisses d'assurances sociales et de l'Ordre des médecins pour arriver à donner ainsi au ticket modérateur sa véritable signification en le limitant, autant que possible, à 20 % de la dépense réelle des assurés.

. . . .

***

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ORDRE

Communiqué

Au cours de sa neuvième session, le Conseil supérieur de l'Ordre national des médecins a examiné les réclamations de certains membres du Corps médical à la suite d'un communiqué paru dans la Presse, attribué au secrétaire d'Etat au Travail et au secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé ; il s'agissait d'un prétendu accord du Conseil supérieur avec les Caisses d'Assurances sociales pour la fixation de tarifs maxima.

Le Conseil supérieur donne les précisions suivantes :

L'interprétation qui a été faite de ce communiqué n'est pas exacte. Il est bien entendu que la fixation d'un tarif maximum ne peut être établie que pour certains actes déterminés, pour un temps limité, sur l'initiative et avec l'accord des Conseils départementaux qui sont, à cet égard, libres de leur décision. (*août* 1941).

b) Hospitalisation

Loi du 2 avril 1942 fixant les conditions dans lesquelles les établissements de soins peuvent traiter les assurés sociaux.

ART. 1er. — Tout établissement de caractère privé ne peut dispenser des soins, de quelque nature qu'ils soient, à un assuré social ou à ses ayants-droits, s'il n'a été autorisé dans les conditions définies par la présente loi.

Les mêmes dispositions sont applicables aux maternités et aux cliniques d'accouchements.

. . . .

ART. 6. — Un arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé fixe le minimum du tarif de remboursement par les Caisses d'assurances sociales des frais journaliers applicable aux assurés sociaux et à leur famille lorsqu'ils reçoivent des soins dans un établissement autorisé.

ART. 7. — Il n'est accordé aucun remboursement par les Caisses d'assurances sociales pour les malades soignés dans un établissement non autorisé. Toutefois, lorsque le malade a été admis en cas d'urgence dans un établissement non autorisé, il peut prétendre aux prestations si, après avis du médecin contrôleur de la Caisse, le caractère d'urgence de l'intervention et l'impossibilité où se trouvait le malade de choisir un établissement autorisé ont été reconnus.

Le certificat médical d'urgence doit être adressé à la Caisse, soit par l'établissement, soit par l'assuré au moyen d'une lettre recommandée dans les trois jours de l'admission.

. . . .

ART. 9. — A titre transitoire, sont considérés comme provisoirement autorisés, les établissements qui avaient passé convention avec les Caisses d'assurances sociales ou avaient reçu leur agrément. Cette autorisation provisoire est valable jusqu'à ce que la Commission prévue à l'article 2 ait pris une décision.

ART. 10. — Les mesures d'application des dispositions qui précèdent seront fixées par arrêté du secrétaire d'Etat au Travail et du secrétaire d'Eta à la Famille et à la Santé.

ART. 11. — Sont abrogées toutes dispositions contraires à la présente loi.

2° Assurances agricoles

Loi du 5 avril 1941 relative au fonctionnement des lois sociales dans l'agriculture

ART. 1er. — La politique sociale agricole relève du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture.

ART. 2. — L'application et le contrôle des Assurances sociales et des Allocations familiales en agriculture relèvent du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et, en ce qui concerne le fonctionnement financier des Caisses, du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances.

ART. 3. — La gestion des Assurances sociales et des Allocations familiales en agriculture est confiée aux Caisses professionnelles agréées par le ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et le ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances et faisant partie de l'organisation corporative de l'agriculture conformément à la loi du 2 décembre 1940.

Un décret rendu sur proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances déterminera les conditions dans lesquelles il sera mis fin aux opérations des organismes appliquant actuellement le décret-loi du 30 octobre 1935 modifié par le

décret-loi du 15 juin 1938, mais qui ne remplissent pas les conditions de l'alinéa 1er du présent article.

Art. 4. — Les décrets rendus sur proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances :

Aménageront l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires qui sont applicables aux Assurances sociales agricoles ;

Aménageront et adapteront au caractère et aux besoins spéciaux de la profession agricole, les dispositions concernant le régime d'allocations aux vieux travailleurs ;

Détermineront la date d'entrée en vigueur du nouveau régime des Assurances sociales agricoles. A cette date, les dispositions du décret-loi du 30 octobre 1935 modifié par le décret-loi du 15 juin 1938 sur les Assurances sociales agricoles et les textes réglementaires, pris pour leur application, seront abrogés de plein droit ;

Fixeront la nouvelle organisation administrative chargée de l'application et du contrôle général des lois sociales en agriculture.

....

Décret du 28 juin 1941
Régime transitoire des Assurances sociales agricoles

Art. 1er. — Les organismes de gestion des Assurances sociales agricoles appliquant le décret-loi du 30 octobre 1935, modifié par le décret -loi du 15 juin 1938, ainsi que les Sociétés de Secours mutuels, groupant exclusivement les assurés sociaux agricoles visées par l'article 9 de la loi du 2 décembre 1940 relèveront, à dater du 1er juillet 1941, du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture.

Art. 2. — Jusqu'à une date ultérieure, fixée par décret rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture, du ministre secrétaire d'Etat à l'Economie nationale et aux Finances et du secrétaire d'Etat au Travail, les dispositions réglementaires d'application du décret-loi du 30 octobre 1935, modifié par le décret-loi du 15 juin 1938 et de la loi du 14 mars 1941, dans tout ce qui concerne les assurés sociaux agricoles et les vieux travailleurs agricoles, seront prises conjointement par le ministre secrétaire d'Etat à l'Agriculture et le secrétaire d'Etat au Travail.

Loi du 17 *mars* 1942
Modification du régime agricole des Assurances sociales

....

Art. 3. — § 1er. — Nonobstant toutes dispositions contraires des statuts ou règlements des organismes agricoles d'Assurances sociales, la participation de l'assuré agricole aux frais, autres que les frais d'accouchement et les frais pharmaceutiques résultant des tarifs annexés auxdits statuts ou règlements, est uniformément fixée à 20 %. En cas de maternité, les bénéficiaires ne supportent aucune participation.

§ 2. — Les frais dûs par les organismes d'Assurances sociales agricoles pour les assurés obligatoires indigents et leurs ayants droits au titre des frais d'hospitalisation proprement dits, non compris les honoraires médicaux, sont réglés sur la base des tarifs applicables aux hospitalisés des services de l'assistance médicale gratuite, fixés annuellement par les préfets conformément aux dispositions de la loi du 13 juillet 1935. La participation prévue au paragraphe précédent est supportée par les collectivités d'assistance pour les assurés régulièrement admis au bénéfice de l'assistance médicale gratuite.

Art. 4. — Nonobstant toutes dispositions contraires de leurs statuts ou règlements, les organismes agricoles d'assurance maladie-maternité peuvent, à titre provisoire, sur simple décision de leur Conseil d'administration, allouer, en cas de cessation de travail pour cause de maladie ou de maternité, une indemnité journalière de 12 francs aux assurés obligatoires, hommes ou femmes, classés dans la quatrième catégorie par application de l'article 2 du décret-loi du 30 octobre 1935, modifié par le décret-loi du 15 juin 1938.

Art. 5. — Nonobstant toutes dispositions contraires de leurs statuts ou règlements, les organismes agricoles d'assurance-maternité peuvent, à titre provisoire, sur simple décision de leur Conseil d'administration, faire application des dispositions des articles 1er et 2 de la loi du 29 mai 1941 relatives à l'amélioration des primes d'allaitement prévues par le décret-loi du 28 octobre 1935 sur les Assurances sociales dans le commerce et l'industrie.

Art. 6. — Le présent décret prendra effet à partir du 1er juillet 1941.

II. — Nomenclature générale

des actes professionnels des médecins, chirurgiens, spécialistes, chirurgiens-dentistes sages-femmes et auxiliaires médicaux

Arrêté du 15 *avril* 1942

Art. 1er. — La nomenclature des actes professionnels visés à l'article 1er, § 2 de la loi du 29 mai 1941, portant modification du régime des tarifs des assurances maladie-maternité, est celle annexée au présent arrêté.

Art. 2. — Le secrétaire général de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(*J. O.*, 19 avril 1942).

Arrêté du 25 *juillet* 1942

Art. 1er. — La nomenclature des actes professionnels fixée par l'arrêté du 15 avril 1942 est modifiée conformément au modèle annexé au présent arrêté.

Art. 2. — La nomenclature des actes professionnels sera publiée par les soins de l'Ordre national des médecins.

(*J. O.*, 6 août 1942).

Note. — *Cette présente nomenclature ne peut être utilisée qu'avec les nouveaux chiffres-clés fixés par le secrétaire d'Etat au Travail et le secrétaire d'Etat à la Santé conformément à l'art.* 1er *de la loi du* 29 *mai* 1941. *Jusqu'à la parution desdits chiffres-clé les praticiens doivent continuer à employer l'ancienne nomenclature, la K et P-C de la Confédération des Syndicats médicaux.*

A. — Dispositions générales

La présente nomenclature, établie par application de l'article 1er de la loi du 29 mai 1941 (*J. O.* du 24 juin 1941), remplace et annule les diverses nomenclatures antérieurement en usage en matière d'Assurances sociales.

Elle est officielle. Nul n'a le droit, hormis le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, d'apporter des modifications, additions ou soustractions au texte ci-après.

Elle est nationale et valable sur toute l'étendue du territoire métropolitain.

La nomenclature générale comprend les actes professionnels que peut avoir à exécuter un docteur en médecine, un chirurgien-dentiste, une sage-femme ou un auxiliaire médical. Elle permet, dans le respect du secret professionnel, d'indiquer aux Caisses d'assurances sociales, la valeur du remboursement de l'acte exécuté.

Elle ne fixe ni les frais d'hébergement (établissement de soins ou de cure, hôtel de station thermale), ni les frais de déplacement (tarif kilométrique) du praticien et du matériel qui peut lui être nécessaire ; ceux-ci seront fixés par arrêté interministériel.

Généralités

Dans l'état actuel de la législation, le diplôme de docteur en médecine donne le droit à son possesseur d'exécuter tous les actes de la pratique médicale, et par conséquent tous les actes inscrits à la présente nomenclature. La division de celle-ci en XV chapitres n'a donc pas de but restrictif ; elle a été adoptée uniquement pour la clarté et la facilité des recherches.

Sauf exceptions nettement spécifiées, tous les actes inscrits à la nomenclature générale ont été calculés « à l'acte isolé » ; les actes complémentaires de l'intervention et les soins consécutifs sont donc à compter en plus, selon les coefficients indiqués au chapitre III (*disposition contraire à celle de l'ancienne nomenclature des actes de chirurgie et de spécialités*).

En principe, le tarif d'un acte quelconque ne peut être cumulé avec celui de la consultation ou de la visite. Les seules exceptions à cette règle sont celles prévues au chapitre II (pratique médicale courante et petite chirurgie).

Utilisation de la nomenclature

Tout acte est désigné par un indicatif, et un ou plusieurs symboles affectés chacun d'un coefficient propre.

I. — Indicatif :

Chaque acte, sauf les consultations et visites, est affecté d'un indicatif ; l'ensemble des actes de même indicatif constitue un chapitre. Les indicatifs sont les suivants :

PM	Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie.
AC	Actes complémentaires.
PH	Actes spéciaux de phtisiologie.
DV	Actes spéciaux de dermato-vénéréologie.
PS	Actes spéciaux de psychiatrie.
TH	Cures thermales.
OBS	Obstétrique.
CHI	Chirurgie.
ORL	Oto-rhino-laryngologie.
OPH	Ophtalmologie.
STO-ODO	Stomatologie et odontologie.
ER	Electro-radiologie et physiothérapie.
BL	Biologie et laboratoire.
AM	Actes effectués par auxiliaires médicaux.

La mention de l'indicatif doit obligatoirement précéder toute inscription d'honoraires ou de débours sur les feuilles de maladie.

II. — Symboles et coefficient :

Chaque acte est exprimé par un ou plusieurs symboles (C, H, D) affectés chacun d'un coefficient propre (1, 2, 3, 4, etc...).

a) *Symbole C* : Le symbole C exprime les consultations, les visites, les actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie, les actes exécutés par auxiliaires médicaux.

Exemple :

— visite du praticien au domicile du malade : C 1,2
— ponction lombaire : PM C4.

b) *Symbole H* : le symbole H exprime les autres actes de la nomenclature.

Exemple :

— ligature d'une artère des membres : CHI H10.

c) *Symbole D* : Certains actes comportant des frais matériels élevés sont de plus affectés du symbole D, qui représente les débours supportés par le praticien ou l'établissement de soins.

Exemple :

— appendicectomie : CHI H30 + { AC. H3 (anesthésiste, AC. H2 (aide), D 20 (débours).

— radiographie du crâne, face et profil (2 films 24/30) : ER. H3 + 2D11).

III. — Tarifs de responsabilité et tarifs de remboursement :

La valeur des symboles C, H, D est fixée par arrêté interministériel, pour chaque département ou groupe de département (art. 1er de la loi du 29 mai 1941).

En multipliant la valeur en francs de chaque symbole par son coefficient propre, on obtient pour chaque acte *le tarif de responsabilité des Caisses d'assurances sociales*.

Le tarif de remboursement correspond au tarif de responsabilité diminué de 20 % (ticket modérateur). Toutefois, le ticket modérateur n'existant pas pour les actes de maternité (loi du 29 mai 1941) (1) et pour les familles des prisonniers (loi du 27 novembre 1941), le tarif de remboursement est, dans ces cas, le même que le tarif de responsabilité.

IV. — Conditions de remboursement des actes professionnels :

Seuls donnent droit au remboursement :

a) — les actes exécutés personnellement par un docteur en médecine, ou sous sa surveillance directe ;

b) — les actes exécutés personnellement par un chirurgien-dentiste ou une sage-femme, sous la réserve que ces actes soient marqués d'un astérisque dans le chapitre correspondant de la nomenclature ;

c) — les actes exécutés personnellement par un auxiliaire médical, sous la réserve qu'ils soient inscrits au Chapitre XV ;

d) — lorsqu'un acte professionnel nécessite l'admission du malade dans un établissement de soins ou de cure, le remboursement des frais afférents à cet acte n'est effectué que si le malade a été soigné dans un établissement agréé conformément à la loi du 2 avril 1942.

Bulletin d'information :

Certains actes ne peuvent être remboursés que si le Contrôle médical a été avisé de leur exécution (actes suivis de la lettre B).

A cet effet, le malade est tenu d'adresser au Contrôle médical un *Bulletin d'information*, rédigé et signé par le praticien ou le spécialiste. Cet envoi doit être effectué au plus tard le jour où l'acte a été exécuté (pour les actes en série, le jour de la première séance).

Les bulletins d'information sont imprimés d'après un modèle unique pour toute la France, annexé à la présente nomenclature ; ils sont déposés chez les praticiens et spécialistes. La date d'envoi du Bulletin d'information est attestée par le timbre-date de la poste.

Le Bulletin d'information est un simple avis : il ne comporte donc pas obligatoirement une réponse.

Demande d'entente préalable :

Certains actes ne peuvent être remboursés que si leur exécution a été autorisée par le Contrôle médical (actes suivis de la lettre E).

Cet accord est demandé par le malade, à l'aide d'une formule conforme au modèle annexé à la présente nomenclature et unique pour toute la France. Ces formules sont déposées chez les praticiens et spécialistes. La date d'envoi de la formule est attestée par le timbre-date de la poste.

La réponse du Contrôle médical doit être adressée au malade au plus tard le dixième jour suivant l'envoi de la formule. Faute de réponse dans ce délai, l'assentiment du Contrôle médical est présumé acquis.

Toutefois, lorsque le médecin estime qu'il y a urgence, il pratique l'acte, mais remplit néanmoins

(1) Les actes de maternité comprennent tous les actes inscrits au chapitre VIII (Obstétrique), sauf le paragraphe 7.



UNE CURE IODÉE
XX GOUTTES AVANT CHAQUE REPAS
IODONUCLÉOL
SANS DANGER D'IODISME
J. EURY, Docteur en Pharmacie
Cr. Office d'Éditions d'Art
LABORATOIRE MAUCHANT
GENNEVILLIERS (Seine)

les formalités ci-dessus en inscrivant la mention « Acte exécuté d'urgence ».

Enfin, dans les cas suivants :

— cure préventoriale ou sanatoriale ;
— cure thermale ou climatique ;
— admission dans une maison de convalescence ;
— fourniture d'appareils de prothèse ou d'orthopédie ;

la même formule doit être envoyée au Contrôle médical, mais l'accord explicite de celui-ci est indispensable au remboursement des prestations. Cet accord doit, en outre, être accompagné d'une *acceptation de prise en charge de la Caisse.*

V. — Calcul du taux de remboursement d'un ou plusieurs actes professionnels.

Note. — Les règles énoncées ci-après ne concernent que les remboursements d'honoraires. Les débours s'additionnent dans tous les cas.

Lorsque l'exécution d'un acte prévu à la nomenclature en un seul temps a eu lieu en plusieurs temps, le tarif de remboursement ne subit pas de majoration.

A. — *Actes multiples pratiqués le même jour* :

a) *Actes affectés d'indicatifs différents* : remboursement de chacun d'eux au tarif prévu ;

b) *Actes de pratique médicale courante ou de petite chirurgie* (indicatif PM) : l'acte affecté du coefficient le plus élevé est remboursé au tarif prévu ; le suivant est remboursé à demi-tarif ; au-delà du deuxième acte, il n'est effectué aucun remboursement.

c) *Actes affectés du même indicatif* (sauf PM, ER et les cas nommément désignés à la nomenclature) :

1° Lorsque tous les actes sont affectés d'un symbole dont *le coefficient est égal ou inférieur à* 7, ils sont remboursés au tarif prévu, sans réduction.

2° *Lorsqu'un seul des actes est supérieur à H* 7, ils sont remboursés également au tarif prévu, sans réduction.

3° *Lorsque deux (ou plusieurs) actes sont supérieurs à H* 7, l'acte le plus important est remboursé au tarif prévu, les autres à demi-tarif. La même règle est suivie (s'il y a lieu) pour les actes complémentaires de l'intervention.

Exemple : appendicectomie et cure radicale de hernie pratiquées dans la même séance. Chiffrer :

Appendicite :

Honoraires CHI H30 (acte opératoire) + AC H3 (anesthésie) + HC H2 (aide opératoire)

Débours D 20

Hernie :

Honoraires $\frac{(\text{CHI H25} + \text{AC H3} + \text{AC H2})}{2}$

Débours D 20.

d) *Electro-radiologie*, s'il y a lieu de radiographier deux membres symétriques dans la même séance, les honoraires sont comptés au tarif plein pour le premier, et réduits de 25 % pour le second. Dans tous les autres cas, les honoraires sont comptés au tarif plein.

B. — *Actes successifs pratiqués au cours d'une même hospitalisation.*

Aucune réduction n'est appliquée lorsque les actes successifs pratiqués au cours d'une même hospitalisation sont affectés :

1° d'un symbole C, ou d'un coefficient inférieur à 7 pour les actes notés en H ;
2° d'un indicatif différent ;
3° du même indicatif, mais exécutés par des praticiens différents ;
4° du même indicatif, mais exécutés pour des affections différentes.

Lorsqu'il s'agit d'actes affectés du même indicatif exécutés par le même praticien pour la même affection ou ses suites, si le coefficient est supérieur à H7, le premier acte est décompté au tarif plein, *et les suivants à 75 % de ce tarif.* La même règle est appliquée, s'il y a lieu, à leurs actes complémentaires.

Exemple : Appendicite suivie d'occlusion intestinale. Chiffrer :

Appendicite :

Honoraires CHI H30 + AC H3 + AC H2
Débours D20.

Occlusion :

Honoraires $(\text{CHI. H70} + \text{AC. H3} + \text{AC. H2}) \times \frac{3}{4}$

Débours D 40.

Toutefois, pour l'électro-radiologie, les séances successives d'examen ou de traitement ne comportent pas de réduction d'honoraires en dehors des cas prévus à la nomenclature.

C. — *Actes exécutés en série sur une collectivité* :

Des tarifs spéciaux seront établis par arrêté interministériel ; ils ne figurent pas à la présente Nomenclature.

Rédaction de la feuille de maladie

Le praticien, docteur en médecine, chirurgien-dentiste ou sage-femme, inscrit sur la feuille de maladie :

1° Son nom, son adresse et *ses titres universitaires et hospitaliers* ;
2° La date des actes accomplis ;
3° L'indicatif et les symboles affectés à chaque acte.

Exemples :

— Visite avec ponction lombaire C. 1,2 + PM. C4
— Appendicectomie CHI. H30 + D 20.
— Anesthésie AC H3.
— Aide opératoire AC H2.

Il peut arriver qu'un acte ne figure pas à la Nomenclature. Le praticien indique s'il peut être assimilé à un acte voisin qui s'y trouve inscrit (par exemple : assimilé à CHI + H30). La Caisse le remboursera si le médecin-contrôleur le juge légitime ; l'entente préalable est conseillée dans ce cas.

Le praticien doit indiquer en outre, s'il y a lieu :

— nature du repos prescrit ;
— frais de déplacement selon le tarif en vigueur ;
— rédaction d'une ordonnance.

Il convient de remarquer que lorsqu'un acte est inscrit à la Nomenclature avec des frais matériels (D), ceux-ci constituent un forfait dont le remboursement est incompatible avec celui d'autres frais pharmaceutiques ou d'objets de pansement ; il n'y a donc pas lieu, dans ce cas, de faire figurer la rédaction d'une ordonnance sur la feuille de maladie (sauf cas prévus à la Nomenclature).

Lorsque l'acte est pratiqué par un auxiliaire médical, suivre les règles spéciales indiquées au chapitre XV.

B. — Annexes

1° Forfait-débours pour les actes de spécialités

Le forfait débours prévu à la présente annexe s'applique aux actes prévus aux chapitres suivants de la nomenclature :

— Phtisiologie ;
— Dermato-vénéréologie ;
— Obstétrique ;
— Chirurgie ;
— Oto-rhino-laryngologie ;
— Ophtalmologie ;
— Stomatologie.

Il est affecté d'un coefficient D dont la valeur sera fixée par arrêté interministériel, conformément à l'article 1er de la loi du 29 mai 1941.

En conséquence, les actes prévus aux chapitres ci-dessus donnent lieu au remboursement, en plus des honoraires, d'un forfait-débours fixé conformément aux dispositions ci-après :

— actes de coefficient H12 à H19 inclus. D 10
— actes de coefficient H20 à H39 inclus. D 20
— actes de coefficient H40 à H59 inclus. D 30
— actes de coefficient H60 à H79 inclus. D 40
— actes de coefficient H80 à H120...... D 50

2º Modèles

a) BULLETIN D'INFORMATION

— à faire établir et signer par le médecin ou le spécialiste, pour les actes précédés dans la nomenclature de la lettre B ;

— à envoyer immédiatement par la poste (en franchise),

Biffer les deux mentions inutiles — Nº matricule de l'assuré

assuré
conjoint
enfant

Nom..................................

Prénoms..................................

Adresse..................................

Inscrire : Indicatif — symbole — coefficient — nombre de séances prévues (s'il y a lieu)
Admission dans une clinique (adresse).

Le malade a-t-il dû arrêter son travail ? ...., Peut-il se déplacer ? ....

Nom et adresse du médecin..................................

Signature du médecin et date ....

b) DEMANDE D'ENTENTE PRÉALABLE

— à faire établir et signer par le médecin ou le spécialiste dans les éventualités énumérées ci-après :

— à envoyer immédiatement par la poste (en franchise).

Le médecin soussigné estime nécessaire de prévoir pour : *Biffer les deux mentions inutiles* — Nº matricule de l'assuré

assuré
conjoint
enfant

Nom..................................

Prénoms..................................

Adresse..................................

L'absence de réponse dans les dix jours équivaut à un accord implicite

(1) Acte inscrit à la nomenclature et précédé de la lettre E (*mentionner l'indicatif, le symbole et le coefficient*) ;

(2) Appareil d'orthopédie ;

L'accord explicite est indispensable à la validité des prestations et à la prise en charge de la Caisse.

(4) Cure sanatoriale ;

(5) Cure préventoriale ;

(6) Cure hydrominérale ou climatique.

Le malade a-t-il dû arrêter son travail ? ...., Peut-il se déplacer ? ....

Nom et adresse du médecin ....

Signature du médecin et date ....

CHAPITRE I. — Consultations et visites

NOTE : *Les frais de déplacement du médecin seront en outre remboursés par application d'un tarif spécial, fixé par arrêté interministériel.*

1º *Médecins praticiens* :

Consultation (comprenant les actes de diagnostic courant)........ C 1

Visite au domicile du malade........ C 1,2

Visite à heure fixe, en consultation avec un confrère .... C 1,6

Visite du dimanche imposée (nécessitée par l'état du malade)........ C 1,6

Visite de nuit (22 h. à 7 h.) nécessitée par l'état du malade........ C 2

2º *Spécialistes qualifiés* (1) :

Consultation (comprenant les actes de diagnostic courant)........ C 2

Visite au domicile du malade........ C 2,4

3º *Consultants* :

Consultant de médecine générale ou de spécialité possédant l'un des titres suivants :

a) Chef de clinique ou ancien interne des hôpitaux d'une ville de Faculté ou d'École de plein exercice : consultation (comprenant les actes de diagnostic courant) .... C 2

Visite au domicile du malade .... C 2,4

b) Professeur, médecin, chirurgien ou spécialiste des hôpitaux d'une ville de Faculté ou d'École de plein exercice :

Consultation (comprenant les actes de diagnostic courant)........ C 2,4

Visite au domicile du malade........ C 3

CHAPITRE II. — Actes de pratique médicale courante et de petite chirurgie

Les actes précédés d'un astérisque (*) ne sont pas remboursés lorsqu'il sont effectués au cours d'une visite ou d'une consultation. Les actes non précédés d'un astérisque sont remboursés en plus de la consultation ou de la visite lorsque celle-ci a eu lieu effectivement.

A) Pratique médicale

*Injection intra-dermique, sous-cutanée (y compris injections vaccinales), intra-musculaire .... C 0,6

*Epidermo, ophtalmo, cuti- ou intra-dermo-réaction, et constatation du résultat........ C 0,6

*Vaccination par scarification et constatation de résultat........ C 0,4

avec maximum par famille de........ C 1,2

Injection intra-veineuse ou hémothérapie (auto ou hétéro)........ C 1,2

Injection intra-veineuse continue (perfusion) durée de six heures au moins........ C 3

*Injection sclérosante [avec maximum de 6 séances, sauf entente avec le contrôle médical (B)] par séance........ C 2

Injection intra-artérielle, sans découverte chirurgicale de l'artère........ C 3

Injection intra-artérielle, avec découverte chirurgicale de l'artère : Voir CHI (tarif des ligatures).

(1) Ces titres n'ayant pas encore été définis, le tarif correspondant ne pourra être appliqué qu'ultérieurement.

Injection sous-cutanée de sérum anti-toxique (méthode de Besredka), comprenant au moins 4 injections espacées au minimum d'une demi-heure chacune, l'ensemble des injections .... C 1,2
Injection anesthésique péri-articulaire (l'ensemble des injections) .... C 1
Injection péri-nerveuse, ou péri-ganglionnaire profonde, non suivie d'un acte opératoire (voir aussi chapitre des spécialités) :
Ganglion ophtalmique, nerf maxillaire supérieur au trou grand rond, nerf maxillaire inférieur au trou ovale, chaîne sympathique cervicale (ganglion stellaire en particulier), nerf phrénique, nerf splanchnique, chaîne sympathique lombaire, racines rachidiennes : (après entente avec le contrôle médical, sauf pour la première) ... C 4
Prise de sang .... C 0,6
Saignée : au-dessous de 150 gr .... C 0,6
au-dessus de 150 gr .... C 1,2
*Ponction exploratrice (dans les cas non prévus ci-dessous, ou à un autre chapitre de la nomenclature) .... C 0,6
Ponction exploratrice de la plèvre .... C 1
Ponction évacuatrice de la plèvre, (suivie ou non d'une injection médicamenteuse) . C 3
Ponction évacuatrice de la plèvre, suivie de lavage .... C 4
Ponction exploratrice d'ascite .... C 1
Ponction évacuatrice d'ascite .... C 3
Ponction du péricarde .... C 4
Ponction articulaire : voir .... CHI
Ponction d'abcès chaud .... C 0,6
Ponction d'abcès froid : voir .... CHI
Ponction lombaire ou sous-occipitale, avec ou sans injection médicamenteuse ou de substance de contraste .... C 4
Ponction des fontanelles .... C 2
Ponction ventriculaire par la fontanelle chez le nourrisson .... C 4
Ponction sternale ou tibiale (au trocart) ... C 2
Ponction ganglionnaire .... C 1
Ponction de la rate, ou d'un autre organe .. C 4
Tubage ou lavage de l'estomac .... C 1
Tubage duodénal .... C 3
Tubage duodénal avec aspiration continue, par 24 heures .... C 4
*Pose de ventouses, sèches ou scarifiées .... C 0,4
*Pointes de feu .... C 0,6
Traitement de l'asphyxie accidentelle, exigeant une surveillance médicale :
de moins d'une demi heure .... C 3
d'une demi-heure et plus .... C 4
Tamponnement provisoire des fosses nasales pour epistaxis .... C 0,4

B) Petite chirurgie

*Pansement, petit .... C 0,6
*Pansement, moyen .... C 1
*Pansement étendu ou multiple .... C 2
*Suture simple par agrafes ou par fils : 1, 2 ou 3 points .... C 0,6
*Suture simple par agrafes ou par fils : plus de 3 points .... C 1
*Extraction facile de corps étrangers (sans anesthésie) .... C 2
*Cathétérisme de l'urèthre chez la femme .. C 0,4
Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme, sans rétention .... C 0,8
Cathétérisme de l'urèthre chez l'homme, pour rétention .... C 1,2
Lavage ou instillation uréthrale ou uréthro-vésicale (B) .... C 0,6
Massage de la prostate (y compris le lavage uréthro-vésical ou l'instillation) (B) .... C 1,2
Ponction de la vessie .... C 0,6
*Pansement vaginal, ou du col utérin (B) .. C 0,6
*Prélèvement vaginal, ou du col utérin .... C 0,6
*Pose de crayon intra-utérin (E) .... C 1
*Pose de pessaire .... C 0,4
Ablation d'un petit polype du col .... C 1
Cautérisation du col utérin au filhos (ou analogue) (avec limitation à 3 séances, sauf entente avec le contrôle médical) (B) .... C 0,8
Cautérisation intra-utérine (avec limitation à 4 séances, sauf entente avec le contrôle médical) (B) .... C 1,2
Electro-coagulation du col utérin (avec limitation à 3 séances (sauf entente avec le contrôle médical) (B) .... C 1
Cryothérapie du col utérin (avec limitation à 5 séances (sauf entente avec le contrôle médical) (B) .... C 1
Anuscopie .... C 0,6
Recto-sigmoïdoscopie .... C 2
Gastroscopie .... C 6
*Attouchements au liquide de Bonain de la région sphéno-palatine (1) (B) .... C 1
*Cathétérisme ou bougirage de la trompe d'Eustache (1) (B) .... C 1
*Cautérisation chimique de la caisse (1) (B). C 1
*Cautérisation chimique, ou galvanique, ou étincelage des fosses nasales et du pharynx (sauf la galvano-cautérisation profonde en une seule séance d'un cornet inférieur, et les séances d'étincelage avec application de liquide de Bonain pour lupus (1) (B) .. C 1
*Injection intra-trachéale (1) (B) .... C 1
*Discision amygdalienne (1) .... C 1
*Extraction de bouchons de cérumen ou épidermiques, unilatéral .... C 1
bilatéral .... C 1,6
*Extraction simple de corps étranger de l'oreille et du nez .... C 1
*Ouverture d'un abcès ou d'un kyste intra-amygdalien .... C 1

C) Actes associés à l'examen clinique

Examen microscopique .... Cf. BL
Examen ultra-microscopique .... Cf. BL
Prélèvement pour biopsie cutanée .... C 2
Prélèvement pour biopsie muqueuse .... C 3
Electro-cardiogramme (film compris) ..... C 4
Examen radioscopique au cours d'une consultation (débours compris) :
— *examen des membres* .... C 0,6
— *examen du thorax* .... C 1
— *examen du tube digestif (quel que soit le nombre des séances)* .... C 1,6
Autres examens radioscopiques .... C 1
*Certificat sur papier libre .... C 0,4
Certificat sur papier timbré (E) .... C 1
Certificat d'internement, par chaque médecin signataire .... C 2

CHAPITRE III. — Actes complémentaires

1° **Anesthésie** : (voir aussi stomatologie et ophtalmologie) :
Anesthésie locale par contact .... non remboursée
Anesthésie locale par infiltration .. » »
Anesthésie locale régionale :
petits actes (par exemple, petit panaris) .... H 0,6
gros actes (par exemple, hernie, goitre, estomac) .... H 3
Anesthésie épidurale ou rachidienne ...... H 3
Anesthésie générale :
par inhalation (courte durée) .... H 2
» » (longue durée) .... H 3
par voie rectale .... H 3
par voie veineuse (courte durée) .... H 2
» » (longue durée) .... H 3

(1) Avec maximum de 8 séances, sauf entente avec le contrôle médical.

Anesthésie par canule de Butlin-Poirier (incision inter-crico-thyroïdienne comprise) .... H 8
Anesthésie combinée .... H 3
Anesthésie générale de plus d'une heure, sous surveillance de l'anesthésiste .... H 4

2° **Aide opératoire** (pour chaque aide) :
Opération d'une valeur inférieure ou égale à H 12 .... H 1,2
Opération d'une valeur de H 14 à H 30 .... H 2
Opération d'une valeur supérieure à H 30 .... H 4

Dans les cas prévus à la nomenclature où plus d'un aide est nécessaire (actes suivis de la lettre A), par aide supplémentaire .... H 2

3° **Présence du médecin traitant à l'opération :**
Opération d'une valeur inférieure ou égale à H20 .... tarif de la visite à heure fixe.
Opération d'une valeur supérieure à H20 .... C 6
Opération d'une valeur supérieure à H20 faite d'urgence .... C 8

Si le médecin traitant donne l'anesthésie ou aide à l'opération, ajouter à ses honoraires de présence la moitié des honoraires prévus pour l'anesthésie ou l'aide opératoire.

4° **Transfusions :**
Transfuseur : jusqu'à 400 grammes .... H 3
massive, de plus de 400 gr. .... H 6
Donneur : par 100 grammes ou fraction de 100 grammes .... H 2
Immuno-transfusion, par 100 grammes ou fraction de 100 grammes .... H 3

5° **Soins post-opératoires**, par journée de soins post-opératoires (pansements compris) :
Dans un établissement de soins privé .... H 0,4
Au cabinet du médecin .... H 0,4
Au domicile du malade .... H 0,8

6° **Surveillance médicale**, par journée d'hospitalisation dans un hôpital public :
Dans un service de chirurgie ou de spécialité chirurgicale ..
Dans un service de médecine générale ou spéciale ....
Dans un service d'obstétrique .
} honoraires journaliers fixés par l'arrêté prévu par l'article 1 de la loi du 29 mai 1941.

CHAPITRE IV. — **Actes spéciaux de phtisiologie** (Voir aussi annexe I)

a) *Pneumothorax thérapeutique* :
Première et deuxième insufflation, chacune .... H 11
Tentatives infructueuses de création (avec maximum de deux séances), chaque séance .... H 4
Réinsufflation simple (B) (avec maximum de trois séances par mois après le 2e mois, sauf entente avec le contrôle médical) chaque séance .... H 3
Réinsufflation double, dans une même séance .... H 4

b) *Pleuroscopie* .... H 12

c) *Pleuroscopie avec section de brides*, par séance .... H 20

d) *Drainage cavitaire par voie externe* :
Première séance .... H 20
Chacune des séances suivantes .... H 4

e) *Injection médicamenteuse pleurale* (acte ne se cumulant pas avec la ponction évacuatrice ou le lavage de la plèvre) .. H 3

f) *Injection de substance de contraste dans les bronches* .... H 6

g) *Prélèvement de sécrétions bronchiques*, par sonde endonasale .... H 6

CHAPITRE V. — **Actes de dermato-vénéréologie** (Voir aussi annexe I)

Ablation ou destruction de petites tumeurs bénignes (grains de milium, molluscum contagiosum, papillomes, botriomycomes, fibromes), des verrucosités séniles (mélanose pré-épithéliale) en une séance. H 4
en plusieurs séances (avec minimum de 3 par séance) .... H 3
Destruction des verrues vulgaires uniques ou multiples (autres que les verrues plantaires et unguéales) en une séance .... H 3
deuxième séance, s'il y a lieu .... H 2
Destruction de la verrue plantaire (en une ou plusieurs séances) unique .... H 6
Multiples (uni, bilatérales) .... H 10
Destruction des verrues péri-unguéales et des petites tumeurs sous-unguéales (tumeur glomique, botriomycomes) ... nécessitant l'exérèse partielle de l'ongle, en une ou plusieurs séances . Unique .... H 6
Multiples (uni ou bilatérales) .... H 10
Ablation totale de l'ongle .... (voir chirurgie)
Destruction des végétations vénériennes :
peu étendues .... H 2
très étendues : verge .... H 6
vulve et anus .... H 10
retouches, la séance (avec maximum de 4) .... H 1,6
Ablation ou destruction d'une tumeur bénigne sous-cutanée (kystes, loupes, sarcoïdes) :
petite .... H 6
grosse .... H 10
Traitement des angiomes, des télangiectasies, des nævi non pigmentaires, du lupus érythémateux (par cryothérapie, coagulation, électrolyse, injections sclérosantes, ou ces traitements combinés) :
séance unique ou première séance .... H 4
autres séances (avec maximum de 6 sauf entente avec le contrôle médical) .... H 3
Destruction des nævi pigmentaires par coagulation profonde ou électrolyse, en une ou plusieurs séances .... H 10
Destruction des tumeurs cutanées malignes (chirurgie ou coagulation) :
petites tumeurs (moins de 4 cm²) .... H 16
tumeurs étendues (4 cm² ou plus) (grands épithéliomas, sarcomes, nævo-carcinomes) .... H 25
Destruction de la leucoplasie (par cryothérapie ou coagulation) et des chéloïdes :
séance unique ou 1re séance .... H 4
autres séances (avec maximum de 6, sauf entente avec le Contrôle médical) .... H 3
Epilation par électrolyse, (après entente avec le Contrôle médical, sauf pour une séance isolée) : la séance (1/2 heure) .... H 1
Epilation par électrocoagulation (E) la séance (1/2 heure) .... H 1,6
Exérèse ou destruction en masse d'un lupus ou d'une tuberculose verruqueuse :
en une séance .... H 16
en plusieurs séances (placards multiples) :
par séance supplémentaire (avec maximum de deux) .... H 6
Traitement du lupus et des autres tuberculoses cutanées par curetages limités, scarifications, galvano ou électrocoagulation ponctuée en série (avec maximum de 10 séances, sauf entente avec le Contrôle médical) : par séance .... H 4
Finsenthérapie : ultra-violets avec compression et refroidissement, visant à obtenir une phlyctène (E) l'heure .... H 3
Cryothérapie ou électrocoagulation en dehors des cas prévus ci-dessus (E), par séance .... H 2

Buckythérapie .... voir ER
Rœntgenthérapie superficielle .... voir ER
Ionisation .... voir ER
Ultra-violets locaux .... voir ER
Douches filiformes (E), par séance .... H 1,2
Détatouage par exérèse chirurgicale, destruction ignée ou électrique, etc. (E) :
peu étendu .... H 4
étendu (à partir de 10 cm²) .... H 10
très étendu (au-dessus de 25 cm²) .... H 20

Destruction d'un xanthélasma, par ablation chirurgicale ou tout autre procédé : (en une ou plusieurs séances) (E) :
unique .... H 8
multiple .... H 16

CHAPITRE VI. — **Actes spéciaux de psychiatrie**

Alimentation artificielle répétée, par tubage .... H 1
Impaludation pour malariathérapie (comprenant la préparation et l'inoculation du sang) .... H 6
Insulinothérapie : coma insulinique, provoqué au cours d'une hospitalisation, comprenant la surveillance médicale pendant plus de 2 heures (avec maximum autorisé de 20 comas) .... H 3
Convulsivothérapie (dont le remboursement ne pourra être cumulé avec l'insulinothérapie) :
par injections intraveineuses de cardiazol ou par électro-choc (avec surveillance médicale d'au moins 1 /2 heure) :
première application .... H 4
chaque suivante (avec maximum autorisé de dix séances) (1) .... H 1,2
Narcose provoquée (avec maximum autorisé de huit séances) :
par voie veineuse (longue durée) .... H 3
par voie rectale .... H 3
Pyrétothérapie : voir chapitre II (injections intramusculaire et intraveineuse) et chapitre XIII (électro-radiologie) (E).

CHAPITRE VII. — **Cures thermales**

Les actes prévus au présent chapitre ne seront remboursés *qu'après entente avec le contrôle médical.*

Le remboursement comprend :

— un forfait pour les honoraires médicaux (H) ;

— un forfait pour les débours résultant du traitement à l'établissement thermal (D) ;

— un forfait d'hébergement, dont le montant et les conditions d'attribution seront fixées par arrêté interministériel.

Classification des stations

	Forfait honoraires	Frais de traitement à l'établissement thermal
Aix-les-Bains	H 8	D 40
Aix-en-Provence	H 7	D 30
Alet-les-Bains	H 5	D 20
Allevard	H 8	D 40
Amélie-les-Bains	H 7	D 20
Argelès-Gazost	H 5	D 20
Audinac-les-Bains	H 5	D 20
Aulus-les-Bains	H 5	D 20
Ax-les-Thermes	H 8	D 40
Bagnères-de-Bigorre	H 7	D 30
Bagnoles-de-l'Orne	H 8	D 40
Bagnoles-les-Bains	H 5	D 20
Bains-les-Bains	H 7	D 40
Balaruc	H 5	D 20
Barbazan	H 5	D 20
Barbotan-les-Thermes	H 7	D 30
Barèges	H 7	D 30
Besançon-la-Mouillère	H 5	D 30
Biarritz-Briscous	H 7	D 30
Boulou (Le)	H 5	D 20
Bourbon-Lancy	H 7	D 40
Bourbon-l'Archambault	H 7	D 30
Bourbonne-les-Bains	H 8	D 40
Bourboule (La)	H 8	D 40
Brides-Salins-Moutiers	H 8	D 30
Bussang	H 5	D 30
Capvern	H 7	D 30
Cauterêts	H 8	D 40
Challes-les-Eaux	H 8	D 40
Charbonnières	H 5	D 20
Chateauneuf-les-Bains	H 5	D 20
Châtel-Guyon	H 8	D 40
Chaudesaigues	H 5	D 20
Contrexéville	H 8	D 40
Dax	H 7	D 30
Digne	H 5	D 20
Divonne-les-Bains	H 8	D 30
Eaux-Bonnes (Les)	H 7	D 30
Enghien-les-Bains	H 7	D 30
Evian	H 8	D 40
Evaux-les-Bains	H 5	D 20
Forges-les-Eaux	H 5	D 20
Ganties-les-Bains	H 5	D 20
Gréoux-les-Bains	H 5	D 20
Encausse-les-Bains	H 5	D 20
Lamalou	H 7	D 30
Léchère (La)	H 7	D 30
Luchon	H 8	D 40
Luxeuil	H 8	D 40
Martigny-les-Bains	H 5	D 20
Miers-Alvignac	H 5	D 20
Molitg-les-Bains	H 5	D 20
Mont-Dore (Le)	H 8	D 40
Montrond-les-Bains	H 5	D 20
Morsbronn	H 5	D 20
Néris	H 7	D 40
Niederbronn	H 5	D 20
Plombières	H 8	D 40
Pougues-les-Eaux	H 7	D 20
Préchac-les-Bains	H 5	D 20
Roche-Posay (La)	H 8	D 40
Royat	H 8	D 40
Salies-de-Béarn	H 7	D 30
Salies-du-Salat	H 7	D 30
Salins-les-Bains	H 7	D 20
Saint-Amand-les-Eaux	H 7	D 20
Saint-Christau	H 5	D 20
Saint-Gervais	H 5	D 20
Saint-Honoré-les-Bains	H 8	D 40
Saint-Nectaire	H 7	D 40
Saint-Sauveur	H 7	D 30
Thonon	H 5	D 20
Uriage	H 7	D 40
Vals	H 5	D 30
Vernet-les-Bains	H 5	D 20
Vichy	H 8	D 40
Vittel	H 8	D 40

CHAPITRE VIII. — **Actes d'obstétrique** (Voir aussi annexe I)

Nota : *Les actes non marqués d'un astérique ne sont remboursés que s'ils ont été exécutés par un docteur en médecine.*

* **1° Surveillance obstétricale prénatale** :

Consultation de la sage-femme .... H 0,6
Consultation du praticien ou du spécialiste qualifié (Cf. chapitre I).
Plafond pour l'ensemble de la surveillance obstétricale prénatale .... H 3

(1) Sauf entente avec le contrôle médical.

*** 2° Accouchement normal** .... H 25

Sont assimilés à l'accouchement normal, l'accouchement avec forceps à la vulve, l'accouchement avec périnéorraphie superficielle et la révision utérine immédiate.
Est comprise dans le prix de l'accouchement : l'anesthésie « à la reine ».

*** 3° Surveillance obstétricale post-natale :**

pendant les 14 jours suivant l'accouchement :

Visite de la sage-femme .... H 0,8
Visite du praticien ou du spécialiste qualifié .... Cf. chap. 1
Plafond pour l'ensemble de la surveillance obstétricale post-natale .... H 5

*** 4° Accouchement plural :**

en plus .... H 6
Quand il y a plus de 2 enfants, il est remboursé en outre par nouveau-né, à partir du troisième .... H 2

5° Dystocie :

Actes remboursés en sus de ceux visés aux chapitres précédents :

Application de forceps, sauf forceps à la vulve
*Présentation du siège
*Délivrance artificielle
Pose d'un ballon
Tamponnement intra-utérin pour hémorragie
} H 8

*Grande extraction du siège
*Version par manœuvres internes
Traitement obstétrical du placenta prœvia, en dehors de la rupture des membranes
*Traitement obstétrical des procidences
Incision du col suivie de forceps
Incision de diaphragmes vaginaux suivie de forceps
} H 10

S'il y a participation successive d'une sage-femme et d'un médecin, il est remboursé en plus .... H 4

6° Interventions obstétricales :

a) Interventions dont le remboursement ne peut être cumulé avec celui prévu aux §§ 2 et 4. (Pour les soins post-opératoires, il sera fait application du tarif prévu au § 3 ; à partir du 15ᵉ jour, le tarif journalier prévu au chapitre III, alinéas 5 et 6, sera applicable :

Césarienne abdominale, suivie ou non d'hystérectomie ou d'extériorisation temporaire de l'utérus .... H 60
Hystérectomie en bloc .... H 60
Hystérectomie pour rupture utérine (accouchement non fait) .... H 60
Césarienne vaginale .... H 50
Pelvitomie .... H 50
Embryotomie céphalique ou rachidienne .... H 50
S'il y a participation successive du praticien ou de la sage-femme et du spécialiste, il sera remboursé en plus .... H 8

b) Interventions remboursées en sus des honoraires prévus aux §§ 2, 4 et 5 (pour les soins post-opératoires, il sera fait application du tarif prévu au paragraphe 3 ; à partir du 15ᵉ jour, le tarif journalier prévu au chapitre III, alinéas 5 et 6, sera applicable) :

Traitement chirurgical des phlébites utéro-pelviennes .... H 80
Traitement chirurgical de la rupture utérine (après accouchement par voie basse) .... H 60
Réintégration de l'utérus extériorisé .... H 30
Curetage ou curage *dans les suites de couches* .... H 20
Périnéorraphie d'urgence pour déchirure importante (sphincter, lésions étendues du périnée et du vagin, avec intégrité de la muqueuse rectale) .... H 12
Périnéorraphie d'urgence pour déchirure complète du périnée (muqueuse rectale comprise) .... H 20

7° Interventions en dehors de l'accouchement : (B)

Premiers soins sans intervention pour fausse couche au cours des 4ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ mois (visites consécutives comptées en sus) .... H 4
Délivrance artificielle au cours des 4ᵉ, 5ᵉ et 6ᵉ mois .... H 8
Curage digital intra-utérin à la suite de fausse-couche dans les 3 premiers mois (fait sans anesthésie et sans dilatation instrumentale du col) .... H 6

CHAPITRE IX. — **Actes de chirurgie** (Voir aussi annexe I)

SECTION I : **Traumatismes**

A. — FRACTURES

NOTES :

(1) *Plus value pour prise du thorax dans un appareil plâtré ou silicaté* .... H 6
(2) *Plus value pour prise du bassin dans un appareil plâtré ou silicaté* .... H 10
(3) *Plus value pour contrôle radioscopique ou radiographique en cours d'intervention (honoraires du radiologiste et films non compris)* .... H 10
(4) *Plus value pour prise d'un greffon par incision spéciale* .... H 6
Plus value pour traitement d'une lésion vasculaire ou nerveuse .... H 10
(5) *Plus value pour prise du thorax dans un appareil plâtré ou silicaté (en cas de répétition d'un appareil)* .... H 3
(6) *Plus value pour prise du bassin dans un appareil plâtré ou silicaté (en cas de répétition d'un appareil)* .... H 4

1° Appareillage provisoire d'une fracture par gouttière, bandage ou attelle :

Membre supérieur et thorax :

Os de l'avant-bras, humérus .... H 2
Clavicule, omoplate ; côtes, sternum .... H 1

Membre inférieur :

Os de la jambe, rotule .... H 2
Fémur .... H 4

Bassin :

Fractures partielles .... H 2
Fractures complètes et fractures du cotyle .... H 4

Rachis .... H 4

2° Réduction et contention d'une fracture simple par gouttière, bandage ou attelle, ou par extension continue, par bandes adhésives ou non :

Membre supérieur et thorax :

Une phalange ou un métacarpien .... H 2
Plusieurs phalanges ou métacarpiens .... H 3
Os de l'avant-bras .... H 4
Humérus, clavicule .... H 5
Omoplate, côtes, sternum .... H 2

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien .... H 2
Plusieurs phalanges ou métatarsiens .... H 3
Os du tarse, péroné (isolé) .... H 2
Tibia (isolé), les 2 os de la jambe, rotule .... H 4
Fémur .... H 6

Bassin :

Fractures partielles .... H 2
Fractures complètes et fractures du cotyle .... H 6

Rachis .... H 6

3° Réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicaté, mais sans anesthésie.

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	H 2
Plusieurs phalanges ou métacarpiens	H 4
Os du carpe, os de l'avant-bras (un seul)	H 4
Les deux os de l'avant-bras	H 6
Humérus (1), clavicule	H 8

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien	H 2
Plusieurs phalanges ou métatarsiens	H 4
Os du tarse	H 8
Péroné (isolé)	H 6
Tibia (isolé ou les deux os de la jambe)	H 12
Rotule	H 12
Fémur (2)	H 12

Bassin :

Fractures partielles	H 10
Fractures complètes et fractures du cotyle	H 16
Rachis	H 20

4° Réduction et contention d'une fracture simple par appareil plâtré ou silicaté, mais avec anesthésie (locale, rachidienne, ou générale), anesthésie non comprise :

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	H 3
Plusieurs phalanges ou métacarpiens	H 5
Os du carpe	H 5
Os de l'avant-bras (un seul)	H 8
Os de l'avant-bras (les deux)	H 10
Humérus (1)	H 12
Clavicule	H 8

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien	H 3
Plusieurs phalanges ou métatarsiens	H 5
Os du tarse	H 12
Péroné (isolé)	H 8
Tibia (isolé) ou les deux os de la jambe	H 16
Fémur (2)	H 16

Bassin :

Fractures partielles	H 12
Fractures complètes ou fractures du cotyle	H 20
Rachis	H 30

5° Réduction et contention d'une fracture simple par broche ou enclouage avec extension continue ou plâtre consécutif :

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	H 6
Plusieurs phalanges ou métacarpiens	H 8
Os de l'avant-bras (un seul), clavicule	H 14
Os de l'avant-bras (les deux)	H 30
Humérus (1)	H 20

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien	H 6
Plusieurs phalanges ou métatarsiens	H 8
Os du tarse	H 16
Tibia ou les deux os de la jambe	H 30
Fémur (2) (3)	H 40

Bassin :

Fractures complètes et fractures du cotyle	H 35
Rachis	H 40

6° Traitement sanglant d'une fracture fermée récente, avec ou sans ostéo-synthèse, avec ou sans fixation externe, avec ou sans greffe osseuse, appareillage post-opératoire compris (4) :

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	H 10
Plusieurs phalanges ou métacarpiens	H 16
Os du carpe	H 30
Os de l'avant-bras (un seul)	H 40
Os de l'avant-bras (les deux)	H 50
Humérus (1)	H 50
Clavicule	H 35

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien	H 10
Plusieurs phalanges ou métatarsiens	H 16
Os du tarse	H 40
Tibia seul ou les deux os de jambe	H 50
Rotule	H 40
Fémur (2) (3) (A)	H 60

Bassin :

Fractures partielles	H 30
Fractures complètes et fractures du cotyle	H 50
Rachis	H 40

7° Traitement sanglant d'une fracture fermée ancienne (cal vicieux ou pseudarthrose), **quel que soit le procédé opératoire utilisé** (appareillage post-opératoire compris) (4) :

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	H 16
Plusieurs phalanges ou métacarpiens	H 25
Os du carpe	H 30
Os de l'avant-bras (un seul)	H 50
Os de l'avant-bras (les deux)	H 60
Humérus (1)	H 60
Clavicule	H 35

Membre inférieur :

Une phalange ou métatarsien	H 16
Plusieurs phalanges ou métatarsiens	H 25
Os du tarse	H 40
Péroné (isolé)	H 30
Tibia (isolé) ou les deux os de jambe	H 60
Rotule	H 60
Fémur (2 et 3) (A)	H 80
Bassin	H 35

8° Traitement sanglant d'une fracture ouverte, quel que soit le procédé opératoire utilisé (appareillage post-opératoire compris) (4) :

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	H 16
Plusieurs phalanges ou métacarpiens	H 25
Os du carpe	H 30
Os de l'avant-bras (un seul)	H 50
Os de l'avant-bras (les deux)	H 60
Humérus (1)	H 60
Clavicule	H 35

Thorax :

Côtes, omoplates, sternum	H 35

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien	H 16
Plusieurs phalanges ou métatarsiens	H 25
Os du tarse	H 40
Péroné (isolé)	H 30
Tibia (isolé) ou les deux os de jambe	H 60
Rotule	H 60
Fémur (2) (A)	H 80

Bassin :

Fractures partielles	H 35
Fractures complètes et fractures du cotyle	H 80
Rachis	H 60

9° Traitement sanglant d'une fracture ouverte avec recherche de corps étranger sous contrôle radioscopique en cours d'intervention, quel que soit le procédé opératoire utilisé (appareillage post-opératoire compris, honoraires du radiologiste non compris) (4) :

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien	H 20
Plusieurs phalanges ou métacarpiens	H 30
Os du carpe	H 40
Os de l'avant-bras (un seul)	H 60
Os de l'avant-bras (les deux)	H 70
Clavicule	H 50

NOTE. — *Nous rappelons que la lettre A désigne les cas où plus d'un aide est nécessaire.* (V. Chap. III, 2°, p. 10).

Thorax :

Omoplates, côtes, sternum ... H 50

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien ... H 20
Plusieurs phalanges ou métatarsiens ... H 30
Os du tarse ... H 50
Péroné (isolé) ... H 40
Tibia (isolé) ou les deux os de jambe ... H 70
Rotule ... H 60
Fémur (2) (A) ... H 90

Bassin :

Fractures partielles ... H 40
Fractures complètes et fractures du cotyle ... H 90

Rachis ... H 70

10° Répétition d'un plâtre en cours de traitement :

Membre supérieur :

Une phalange ou un métacarpien ... H 1
Plusieurs phalanges ou métacarpiens ... H 2
Os du carpe, avant-bras ... H 2
Humérus (5) ... H 3
Clavicule ... H 3

Membre inférieur :

Une phalange ou un métatarsien ... H 1
Plusieurs phalanges ou métatarsiens ... H 2
Os du tarse, péroné (isolé) ... H 2
Tibia (isolé) ou les deux os de jambe ... H 4
Rotule ... H 4
Fémur (6) ... H 4

Bassin :

Fractures partielles ... H 4
Fractures complètes et fractures du cotyle ... H 8

Rachis ... H 10

B. — LUXATIONS

NOTES :

(1) *Plus value pour traitement d'une lésion vasculaire ou nerveuse* ... H 10
(2) *Plus value pour prise d'un greffon par incision spéciale* ... H 6

1° Réduction et contention d'une luxation récente par méthode non sanglante :

Doigt (autre que celle du pouce) ... H 3
Pouce ... H 8
Carpe, poignet ... H 8
Coude ... H 8
Epaule ... H 6
Clavicule ... H 3
Orteils ... H 3
Tarso-métatarsienne, articulation du tarse, tibio-tarsienne ... H 8
Genou (rotule exceptée) ... H 8
Rotule ... H 3
Hanche (A) ... H 20
Bassin (disjonction et subluxation) ... H 8
Luxation temporo-maxillaire ... H 2

2° Réduction et contention d'une luxation réecnte fermée par méthode sanglante (1) :

Doigt (autre que celle du pouce) ... H 6
Pouce ... H 20
Carpe, poignet ... H 20
Coude ... H 30
Epaule ... H 50
Clavicule ... H 30
Orteils ... H 6
Tarso-métatarsienne, articulation du tarse, tibio-tarsienne ... H 30
Genou (rotule exceptée) ... H 40
Rotule ... H 30
Hanche (A) ... H 70
Bassin ... H 60
Luxation temporo-maxillaire (unilatérale ... H 30
« « « (bilatérale) ... H 40

3° Réduction et contention d'une luxation ouverte par méthode sanglante (1) :

Doigts (autre que le pouce) ... H 6
Pouce ... H 30
Carpe, poignet ... H 30
Coude ... H 50
Epaule ... H 70
Clavicule ... H 40
Orteils ... H 6
Tarso-métatarsienne, articulation du tarse, tibio-tarsienne ... H 40
Genou (rotule exceptée) ... H 50
Rotule ... H 50
Hanche (4) ... H 80
Bassin ... H 70
Luxation temporo-maxillaire (unilatérale) ... H 30
« « « (bilatérale) ... H 40

4° Réduction et contention d'une luxation ancienne par méthode sanglante (1 et 2) :

Doigts (autre que le pouce) ... H 12
Pouce ... H 30
Carpe, poignet ... H 30
Coude ... H 50
Epaule ... H 70
Clavicule ... H 40
Orteils ... H 12
Tarse, tibio-tarsienne ... H 40
Genou, rotule ... H 60
Hanche (A) ... H 90
Bassin ... H 70

5° Traitement opératoire d'une luxation récidivante (2) :

Pouce ou autre doigt ou orteil ... H 30
Epaule ... H 60
Rotule ... H 60
Luxation temporo-maxillaire (unilatérale) ... H 40
« « « (bilatérale) ... H 50
Autres articulations ... H 50

6° Fractures et luxations associées :

Seule sera remboursée l'intervention dont le coefficient est le plus élevé.

C. — PLAIES

Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des parties molles, sans grosse lésion vasculaire, tendineuse ou nerveuse ... H 7
Régularisation, épluchage et suture d'une plaie des parties molles avec opération sur les gros vaisseaux, les tendons ou les nerfs ... H 20
Extraction de corps étranger des parties molles (s'il y a lieu, honoraires du radiologiste non compris) ... H 8
Nettoyage (ou tannage) des brûlures du 2e et du 3e degré de petite étendue (un seul segment de membre) ... H 6
Nettoyage (ou tannage) des brûlures du 2e et du 3e degré de moyenne étendue (deux segments de membre ou une partie du tronc) ... H 12
Nettoyage (ou tannage) des brûlures du 2e et 3e degré de grande étendue (plus de deux segments de membre ou grosse partie du tronc) ... H 20

SECTION II : *Les infections*

Incision d'abcès chaud ou d'anthrax ... H 2
Débridement de phlegmon diffus ... H 30
Ponction d'abcès froid (avec ou sans injection modificatrice) petit volume ... H 2
grand volume (mal de Pott, coxalgie, etc.) ... H 12
Extirpation d'abcès froid (sans lésion osseuse) ... H 12

SECTION III : **Tissus**

A. — PEAU ET TISSU CELLULAIRE SOUS-CUTANÉ

Suture secondaire d'une plaie ... H 10
Greffe dermo-épidermique, l'ensemble des opérations ... H 12
Autoplastie par la méthode indienne ... H 20

THÉRAPEUTIQUE RHINO-PHARYNGÉE A DOSE FAIBLE

KIDARGOL

LABORATOIRE R. GALLIER, 1 bis, Place du Président-Mithouard, PARIS-VIIe



AU COURS DES MALADIES INFECTIEUSES



POUR SOUTENIR LE CŒUR & LE POULS
POUR MAINTENIR UNE BONNE PRESSION

PRESSYL

Association de Camphramine et de Pressédrine
UNE INJECTION SOUS-CUTANÉE MATIN & SOIR
A LA CONVALESCENCE : 4 A 6 COMPRIMÉS OU 60 A 90 GOUTTES PAR JOUR

Laboratoires LEMATTE ET BOINOT, 52, Rue La Bruyère, PARIS

MORRHUËTINE VITAMINÉE JUNGKEN

Toutes les vitamines de l'Huile de Foie de Morue

Véritable **SUCRE VITAMINÉ**

Laboratoires **BRACQUEMOND & Cie**, 105, Rue de Normandie, **Courbevoie** (Seine)

✦✦

Autoplastie par la méthode italienne (l'ensemble des opérations)	H 50
Excision d'un lupus	H 16
Extirpation d'un angiome ou d'un lymphangiome :	
— petit volume	H 10
— moyen volume	H 30
— très grand volume	H 50
Extirpation d'un anévrisme cirsoïde	H 50
Ablation de tumeurs bénignes sous-cutanées ou sous-aponévrotiques (kystes, lipomes, angiomes) petites	H 6
grosses	H 10
Ablation ou destruction de tumeurs cutanées malignes :	
— petites (moins de 4 cm²)	H 16
— étendues (4 cm² et plus)	H 25
Excision d'un anthrax peu volumineux	H 8
Excision d'un anthrax volumineux	H 20

B. — SYSTÈME LYMPHATIQUE

Incision d'adénite suppurée ou d'adénophlegmon peu volumineux	H 2
Incision d'adénophlegmon volumineux	H 12
Extirpation d'un ganglion (pour biopsie)	H 4
Extirpation d'adénopathies non néoplasiques	
— de petit volume	H 10
— de gros volume	H 20
Extirpation d'adénopathies néoplasiques	H 25
Extirpation des lymphangiomes kystiques	H 35
Curage ganglionnaire systématique d'une région (type évidement cervical ou inguinal) :	
d'un côté	H 40
des deux côtés	H 60

C. — MUSCLES, TENDONS, SYNOVIALES

Incision des phlegmons profonds de la paume ou de la plante	H 12
Incision des phlegmons des gaines synoviales (autres que les gaines digitales et digito-carpiennes)	H 16
Incision des phlegmons des gaines digito-carpiennes	H 40
Incision des phlegmons gaines digitales	H 12
Suture primitive ou secondaire de tendon	H 16
Greffe tendineuse	H 40
Extirpation d'une gaine synoviale tendineuse	H 30
Extirpation de toutes les gaines synoviales des tendons fléchisseurs de la main	H 50
Extirpation des kystes synoviaux (type poignet)	H 6
Extirpation des kystes synoviaux (type creux poplité)	H 20
Extirpation des hygromas (pré-rotuliens ou du coude)	H 12
Ténotomie (sous-cutanée ou à ciel ouvert)	H 12
Incision d'un abcès intra-musculaire	H 8
Extirpation d'une tumeur musculaire encapsulée	H 16
Extirpation d'une tumeur musculaire non encapsulée	H 30
Traitement opératoire des ruptures et hernies musculaires	H 20
Traitement ou raccourcissement tendineux	H 20
Anastomose, transplantation musculaire ou tendineuse :	
simple	H 30
multiple	H 40

D. — VAISSEAUX

Ligature non urgente (en temps qu'opération isolée) :	
a) des artères des membres	H 10
b) des artères carotides, sous-clavières, iliaques, fessières	H 30
Les mêmes d'urgence pour hémorragie grave :	
a) des artères des membres	H 16
b) des artères carotides sous-clavières, iliaques, fessières	H 50
Cure opératoire des anévrismes artériels et artério-veineux (sauf par ligature simple)	H 60
Suture ou anastomose vasculaires	H 60
Artériectomie	H 30
Résection veineuse : peu étendue	H 8
étendue : (résection complète de la saphène interne)	H 20
Veines du bassin	H 80

E. — NERFS

Suture nerveuse	H 30
Ablation de tumeurs nerveuses avec suture	H 40
Greffe nerveuse (non compris le matériel de prothèse)	H 60
Libération d'un nerf comprimé	H 30
Libération d'un nerf comprimé dans un cal osseux	H 50
Sympathectomie péri-artérielle ou péri-veineuse	H 20
Sympathectomie cervicale ou ablation du nerf sinu-carotidien	H 40
Résection des ganglions sympathiques (stellaire, lombaire)	H 80
Neurotomie unique	H 20
multiple	H 30
Splanchnicotomie	H 80

F. — CHIRURGIE DES OS

Plâtre d'immobilisation d'un segment de membre sans prise d'articulation (voir aussi articulations)	H 4
Incision d'abcès d'origine osseuse (sans trépanation ni évidement)	H 8
Trépanation, évidement d'une cavité osseuse, ablation de séquestre	H 20
Evidement d'une cavité osseuse, suivi de greffe	H 30
Résection diaphysaire (y compris l'appareillage post-opératoire)	H 50
Ostéotomie d'appui, de correction, quelle qu'en soit la technique (ostéotomie transversale, cunéiforme, curviligne, modelante) y compris l'appareillage post-opératoire	H 50
Trépanoponction de la moëlle osseuse (os long)	H 4
Biopsie osseuse comportant trépanation de l'os	H 12
Ablation d'une plaque d'ostéosynthèse	H 20

G. — ARTICULATIONS

I. — Immobilisation par appareil plâtré d'une articulation et des segments de membre sus et sous-jacents (pour arthrite aiguë ou chronique)

Main, poignet, coude, pied, cou-de-pied, genou	H 8
Epaule (avec plâtre thoracique), hanche et bassin	H 12
Plâtre pelvi-cruco-pédieux	H 16
Corset, lit plâtré	H 20
Corset minerve	H 25
Répétition d'un appareil plâtré en cours de traitement dans le même mois : diminution de	50 %
Ouverture en bi-valve des appareils plâtrés : majoration de	25 %

II. — Actes opératoires (plâtre post-opératoire non-compris)

1° *Ponction articulaire à l'aiguille ou au trocart* :

Doigts	H 2
Carpe, poignet, coude	H 3
Epaule	H 4
Clavicule	H 3
Orteils	H 2
Tarse, tibio-tarsienne	H 3
Genou	H 4
Hanche	H 6

2° *Ponction articulaire au bistouri* :

Doigts	H 6
Carpe, poignet, coude	H 8
Epaule	H 10

Clavicule	H 8
Orteils	H 6
Tarse, tibio-tarsienne	H 8
Genou	H 10
Hanche	H 16

3° *Prélèvement intra-articulaire pour biopsie* :

Doigts	H 12
Carpe, poignet	H 20
Coude	H 25
Epaule	H 30
Clavicule	H 12
Orteils	H 12
Tarse, tibio-tarsienne	H 20
Genou	H 25
Hanche	H 35
Bassin	H 25

4° *Régularisation et épluchage d'une plaie articulaire* :

Doigts	H 12
Carpe, poignet	H 25
Coude	H 30
Epaule	H 40
Clavicule	H 16
Orteils	H 12
Tarse, tibio-tarsienne	H 25
Genou	H 40
Hanche	H 60
Bassin	H 40
Temporo-maxillaire	H 30

5° *Arthrotomie de drainage* :

Doigts	H 12
Carpe, poignet	H 25
Coude	H 30
Epaule	H 40
Clavicule	H 16
Orteils	H 12
Tarse, tibio-tarsienne	H 25
Genou	H 40
Hanche	H 60
Bassin	H 40
Temporo-maxillaire	H 30

6° *Arthrotomie avec intervention aseptique intra-articulaire* :

Doigts	H 12
Carpe, poignet	H 25
Coude	H 30
Epaule	H 40
Clavicule	H 16
Orteils	H 12
Tarse, tibio-tarsienne	H 25
Genou	H 60
Hanche (A)	H 80
Bassin	H 40
Temporo-maxillaire	H 30

7° *Résection de drainage* :

Doigts	H 12
Carpe, poignet	H 30
Coude	H 35
Epaule	H 50
Clavicule	H 30
Orteils	H 12
Tarso-métatarsienne, médio-tarsienne	H 40
Tibio-tarsienne, astragalectomie	H 50
Genou	H 60
Hanche (A)	H 70
Bassin	H 40
Temporo-maxillaire	H 30

8° *Résection à froid* :

Doigts	H 16
Carpe, poignet	H 40
Coude	H 60
Epaule	H 70
Clavicule	H 30
Orteils	H 16
Tarso-métatarsienne, médio-tarsienne	H 50
Tibio-tarsienne, astragalectomie	H 60
Genou	H 70
Hanche (A)	H 90
Bassin	H 50
Temporo-maxillaire (unilatérale)	H 30
(bilatérale)	H 40

9° *Arthrodèse par avivement* :

Doigts	H 12
Carpe, poignet	H 25
Coude	H 50
Epaule	H 40
Clavicule	H 16
Orteils	H 12
Tarse, tibio-tarsienne	H 30
Médio-tarsienne et sous-astragalienne	H 40
Tibio-tarsienne, médio-tarsienne et sous-astragalienne	H 60
Genou	H 60
Hanche (A)	H 70
Bassin	H 40

10° *Arthrodèse par greffe osseuse* (1) :

Doigts	H 16
Carpe, poignet	H 40
Coude	H 50
Epaule	H 70
Clavicule	H 30
Orteils	H 16
Tarse, tibio-tarsienne	H 40
Genou	H 70
Hanche (A)	H 90
Bassin	H 50

11° *Arthrorise ou butée articulaire* (1) :

Doigts	H 16
Carpe, poignet	H 40
Coude	H 50
Epaule	H 70
Clavicule	H 30
Orteils	H 16
Tarse, tibio-tarsienne	H 40
Genou	H 60
Hanche (A)	H 70
Bassin	H 50
Temporo-maxillaire (unilatérale)	H 40
(bilatérale)	H 50

12° *Arthroplastie* (avec ou sans résection, avec ou sans interposition) (2) :

Doigts	H 25
Carpe, poignet	H 50
Epaule	H 60
Orteils	H 25
Tarse, tibio-tarsienne	H 50
Genou (A)	H 100
Hanche (A)	H 100
Temporo-maxillaire (unilatérale)	H 40
(bilatérale)	H 50

SECTION IV : **Membres**

A. — MEMBRE SUPÉRIEUR

Ablation totale d'un ongle	H 6
Incision d'un panaris superficiel (phlycténoïde)	H 2
Incision d'un panaris profond avec ou sans ostéite	H 6
Incision d'un phlegmon des gaines digitales	H 12
Incision d'un phlegmon palmaire sus-aponévrotique	H 6
Incision d'un phlegmon palmaire profond	H 12
Incision d'un phlegmon des gaines digito-carpiennes	H 40
Traitement opératoire de la rétraction de l'aponévrose palmaire	H 30
Traitement opératoire de la syndactylie	H 20
Traitement opératoire de la syndactylie simple	H 30
Traitement opératoire de la syndactylie avec déformation des doigts	H 40
Traitement opératoire du doigt à ressort	H 30
Traitement opératoire de la camptodactylie	H 30
Ablation des kystes synoviaux du poignet	H 6
Ablation des hygromas du coude	H 16
Réfection d'un moignon	H 20

(1) Plus value pour prise d'un greffon osseux par incision spéciale .... H 6

(2) Plus value pour prise d'un greffon aponévrotique par incision spéciale .... H 6

Cinématisation d'un moignon (l'ensemble des opérations) ..... H 60
Amputation ou désarticulation de phalange unguéale ..... H 8
Amputation ou désarticulation de plusieurs phalanges d'un doigt (y compris la tête du métacarpien correspondant) ..... H 12
Amputation ou désarticulation de la main à l'épaule incluse ..... H 40
Désarticulation inter-scapulo-thoracique (A) H 70

B. — MEMBRE INFÉRIEUR

Incision d'abcès superficiel d'un orteil ..... H 2
Incision d'un abcès profond d'un orteil, avec ou sans ostéite ..... H 6
Ablation totale d'un ongle ..... H 6
Incision des phlegmons plantaires (sus-aponévrotiques) ..... H 6
(profonds) ..... H 12
Incision d'un phlegmon des gaines tendineuses plantaires ..... H 30
Traitement opératoire d'un ongle incarné par destruction de la matrice ..... H 6
Traitement de deux ongles incarnés, par destruction de la matrice (dans la même séance) ..... H 10
Suture du tendon d'Achille ..... H 25
Traitement opératoire de l'hallux valgus
unilatéral ..... H 25
bilatéral ..... H 30
Traitement opératoire de l'orteil en marteau, par résection ou amputation ..... H 12
Traitement opératoire de plusieurs orteils en marteau par résection ou amputation. H 20
Traitement opératoire de l'entorse grave du genou, avec suture des ligaments latéraux ou croisés ..... H 35
Ablation des ménisques ..... H 35
Ablation d'un hygroma pré-rotulien ..... H 12
Ablation d'un kyste poplité ..... H 20
Réfection d'un moignon ..... H 30
Amputation ou désarticulation de phalange unguéale ..... H 8
Amputation ou désarticulation de plusieurs phalanges d'un orteil (avec ou sans la tête du métatarsien correspondant) ..... H 12
Amputation ou désarticulation du pied à la hanche (exclue) ..... H 40
Désarticulation de la hanche (A) ..... H 80
Désarticulation inter-ilio-abdominale (A) .. H 90
Forage du col fémoral ..... H 16
Résection du rebord cotyloïdien, avec modelage de la tête du fémur ..... H 60
Incision d'un phlegmon des gaines tendineuses plantaires ..... H 30
Réfection opératoire des ligaments croisés .. H 50
Traitement des luxations congénitales de la hanche :
a) par méthode non sanglante : (appareillage compris)
1er temps, unilatérale ..... H 30
double ..... H 40
chaque temps suivant :
50 % du tarif ci-dessus, avec maximum de trois temps y compris le premier.
b) par méthode non sanglante, précédée d'une traction continue par broche : (appareillages compris) :
1er temps, unilatérale ..... H 40
bilatérale ..... H 50
chaque temps suivant :
unilatérale ..... H 15
bilatérale ..... H 20
c) par méthode sanglante (plâtre compris) :
butée ostéoplastique ..... H 70
ostéotomie d'appui, de dérotation ..... H 40
réduction sanglante avec ou sans ostéotomie ou résection (A) ..... H 80
résection butée (A) ..... H 80
Traitement des pieds bots congénitaux ou acquis :
— par manipulation suivie d'appareillage simple (bandes de toile, tarlatane, adhésif) :
unilatéral ..... H 6
bilatéral ..... H 9
— par manipulation suivie d'appareil plâtré :
unilatéral : le premier appareil .. H 10
les appareils suivants H 6
bilatéral : le premier appareil .. H 15
les appareils suivants H 9
— par ténotomie et appareil plâtré :
unilatéral ..... H 30
bilatéral ..... H 40
— par libération tendineuse et fibreuse .. H 40
— par malléotomie, évidement de l'astragale, etc ..... H 50
— par résection osseuse et appareil plâtré H 60
Astragalectomie de drainage à chaud ..... H 50
Astragalectomie de drainage à froid ..... H 60

Section V : **Tête**

Traitement opératoire du scalp ..... H 30
Traitement opératoire de la méningo-encéphalocèle ..... H 50
Traitement opératoire du bec-de-lièvre :
a) unilatéral ..... H 40
b) bilatéral (l'ensemble des opérations) .. H 60
Traitement opératoire de la division palatine (en un ou plusieurs temps) ..... H 50
Retouche de bec-de-lièvre ou de division palatine (six mois au moins après l'opération principale) ..... H 30
Abcès intra-buccaux ou pharyngiens (voir O. R. L. et stomatologie) :
ouverture par voie cervicale ..... H 30
Incision par voie externe d'un abcès circonscrit du plancher de la bouche ..... H 16
Incision d'un phlegmon diffus du plancher de la bouche ..... H 40
Biopsie d'une lésion intra-buccale ..... H 4
Extirpation de calcul salivaire :
par voie intra-buccale ..... H 7
par voie cervicale ..... H 30
Traitement opératoire d'une fistule salivaire H 20
Ablation des tumeurs bénignes des glandes salivaires ..... H 20
Ablation des tumeurs malignes des glandes salivaires ..... H 50
Ablation des tumeurs bénignes intra-buccales ..... voir STO
Ablation d'une grenouillette ..... H 12
Parotidectomie totale, ou subtotale avec conservation du nerf facial ..... H 60
Traitement opératoire de la paralysie faciale ..... H 40
Ablation d'une tumeur maligne de la cavité buccale :
sans curage ganglionnaire ..... H 20
avec curage unilatéral ..... H 50
avec curage bilatéral ..... H 70
Evidement ganglionnaire cervical (fait isolément) :
des régions sous-maxillaires et sous-mentales : unilatéral ..... H 30
bilatéral ..... H 40
des régions sous-maxillaires et carotidiennes : unilatéral ..... H 40
bilatéral ..... H 60
Traitement opératoire de la constriction permanente des mâchoires : unilatérale .. H 30
bilatérale ... H 40
Trépano-ponction des espaces sous-arachnoïdiens (unique ou multiple, exploratrice ou évacuatrice) ..... H 10
Trépano-ponction uni ou bilatérale des ventricules ..... H 20
Trépano-ponction suivie d'injection d'air... H 25
Artériographie cérébrale (honoraires du radiologiste non compris) ..... H 10
Trépanation (avec ou sans volet osseux, avec ou sans ablation de corps étrangers superficiels), pour traumatismes non pénétrants de la voûte ..... H 20
Trépanation pour traumatismes pénétrants comportant excision cérébrale, avec ou sans ablation de corps étrangers ..... H 40

Excision de cicatrice cérébrale, pour épilepsie (A)	H 50
Trépanation décompressive sous-temporale	H 30
postérieure	H 50
Trépanation exploratrice large, comportant l'ouverture de la dure-mère, avec ou sans intervention simple sur le cerveau (ponction de kyste ou d'abcès, libération de brides d'arachnoïdite, etc.) (A)	H 80
Trépanation suivie de l'ablation d'une tumeur ou de la poche d'un abcès (A)	H 120
Trépanation pour hématome (avec ou sans ablation de la coque) :	
pour hématome extra-dural	H 40
pour hématome sous-dural ou intra-cérébral	H 80
Neurotomie rétrogassérienne par voie temporale	H 80
Neurotomie rétro-gassérienne par voie postérieure	H 90
Section du nerf vestibulaire	H 90
Neurotomie rétro-ganglionnaire du glosso-pharyngien	H 70
Radicotomie pour névralgie sous-occipitale	H 60
Maxillaire inférieur (ostéites et tumeurs). Voir stomatologie et O. R. L.	
Maxillaire supérieur (ostéites et tumeurs). Voir stomatologie et O. R. L.	

Section VI : **Cou**

Traitement opératoire du torticolis :	
sans plâtre	H 12
avec plâtre	H 30
Ablation des petits kystes du cou	H 16
des kystes volumineux du cou	H 35
des fistules congénitales médianes	H 25
latérales	H 35
Traitement opératoire des côtes cervicales supplémentaires	H 50
Enucléation ou énucléation-résection d'un goitre	H 30
Thyroïdectomie totale ou subtotale :	
unilatérale	H 40
bilatérale	H 50
avec évidement ganglionnaire	H 70
Parathyroïdectomie	H 50
Incision d'un phlegmon diffus du cou	H 40
Trachéotomie	voir ORL
Œsophagotomie externe	H 40
Traitement opératoire des diverticules de l'œsophage cervical :	
par pexie	H 40
par résection en un ou plusieurs temps, l'ensemble des temps opératoires	H 60
Constitution d'un œsophage pré-thoracique (quel que soit le procédé utilisé et le nombre des temps opératoires), l'ensemble des temps opératoires	H 120
Phrénicectomie ou phréno-alcoolisation après découverte chirurgicale du nerf	H 20
Scalénotomie	H 20
Ligature ou résection de la jugulaire interne ou de la veine faciale	voir ORL

Section VII : **Thorax**

Incision d'un abcès du sein superficiel	H 3
profond	H 8
Ablation des tumeurs bénignes du sein	H 20
Ablation complète du sein, avec curage axillaire précédé d'une exérèse partielle pour biopsie extemporanée	H 60
Ablation complète du sein avec curage axillaire	H 50
Ablation complète du sein, sans curage axillaire	H 30
Extirpation d'un abcès froid thoracique (temps osseux compris)	H 40
Résection totale ou partielle d'une côte, sauf la première	H 30
Résection partielle ou totale de la 1re côte, ou de 2 à 6 côtes	H 60
Thoracoplastie avec pneumolyse	H 70
Apicolyse isolée, avec ou sans plombage	H 40
Pneumothorax extra-pleural, création avec résection costale	H 40
Pleurotomie	H 20
Pleurotomie valvulaire ou avec résection costale	H 30
Pneumotomie, en un seul temps	H 40
Pneumotomie, en deux ou plusieurs temps (l'ensemble des temps opératoires)	H 50
Résection partielle d'un lobe pulmonaire	H 60
Lobectomie pulmonaire (A)	H 100
Pneumonectomie totale (A)	H 120
Péricardotomie	H 40
Péricardectomie	H 60
Chirurgie du cœur	H 80
Traitement opératoire des lésions du médiastin (A)	H 80
Œsophagectomie thoracique (A)	H 120
Ablation du ganglion stellaire	H 50
Traitement opératoire de la hernie diaphragmatique	H 80
Thoracotomie exploratrice en plèvre libre, pour plaie ou tumeur	H 50
Thoraco-laparotomie	H 80

Section VIII : **Rachis**

Traitement opératoire du spina bifida oculta	H 30
Traitement opératoire du spina bifiida, avec tumeur	H 40
Opération pour anomalies vertébro-costales	H 50
Laminectomie sans intervention sur la moelle	H 30
Laminectomie avec intervention sur la moelle (A)	H 100
Laminectomie avec intervention sur les racines rachidiennes (A)	H 80
Greffe osseuse vertébrale (A)	H 70
Cordotomie (A)	H 90

Section IX : **Parois abdominales**

Ablation des tumeurs de la paroi abdominale (tumeurs bénignes des téguments exceptées)	H 20
Traitement opératoire des hernies non étranglées :	
unilatérales	H 25
bilatérales	H 30
Traitement opératoire d'une très volumineuse hernie (volume d'une tête d'enfant)	H 50
Traitement opératoire d'une hernie étranglée	H 30
Traitement opératoire d'une hernie étranglée (avec résection intestinale)	H 60
Incision des abcès et phlegmons sous-aponévrotiques de la paroi	H 20
Traitement par laparotomie des hernies lombaires et de la hernie obturatrice :	
non étranglée	H 50
étranglée	H 60
Sympathectomie lombaire	H 60
Incision d'un abcès profond de la cavité abdominale (type abcès sous-phrénique)	H 50
Traitement opératoire des éventrations :	
petites	H 25
grosses	H 30
Traitement opératoire des éventrations étranglées :	
sans résection intestinale	H 40
avec résection intestinale	H 60

Section X : **Appareil digestif abdomino-pelvien**

1° Laparotomie :

exploratrice, évacuatrice	H 25
d'urgence, pour hémorragie, occlusion, torsion, perforation d'organe	H 70
Drainage d'urgence pour péritonite aiguë	H 40

2° Estomac et duodénum :

Gastrotomie, duodénotomie, gastrostomie	H 30

Gastro-entérostomie, gastro-gastrostomie duodéno-jéjunostomie .... H 50
Résection partielle de l'estomac (n'interrompant pas la continuité) .... H 50
Gastro-pylorectomie, gastrectomie (A) .... H 100
Gastrectomie totale (avec anastomose œso-phago-jéjunale) (A) .... H 120
Cure opératoire d'une fistule gastrique .... H 50

3° Intestin grêle :

Résection partielle (n'interrompant pas la continuité) .... H 50
Résection segmentaire .... H 60
Fistulisation du grêle à la peau (jéjunostomie, iléostomie) .... H 30
Entéro-anastomose .... H 50
Ablation du diverticule de Meckel .... H 40
Cure opératoire d'une fistule du grêle (sans réaction) .... H 50
Ouverture d'un abcès méso-cœliaque .... H 50

4° Côlon :

Ouverture d'un abcès de la fosse iliaque (droite ou gauche) .... H 30
Ouverture d'un abcès pelvien par l'abdomen .... H 50
Appendicectomie (1) .... H 30
Appendicostomie .... H 25
Résection partielle du cæcum ou du côlon (n'interrompant pas la continuité) .... H 50
Hémicolectomie droite, colectomie segmentaire (avec anastomose consécutive ou abouchement des deux bouts à la peau) .... H 70
Iléocæcostomie, iléo-colostomie, iléo-sigmoïdostomie .... H 50
Cœcostomie, colostomie ou sigmoïdostomie .... H 40
Cure opératoire d'un anus contre nature ou d'une fistule intestinale :
par voie extra-péritonéale .... H 30
par voie intra-péritonéale .... H 60

5° Foie, voies biliaires :

Cholécystostomie .... H 30
Cholécystectomie (totale ou partielle) .... H 50
Taille cholédocienne, avec ou sans cholécystectomie .... H 60
Anastomose bilio-digestive de dérivation .... H 60
Reconstitution de la voie biliaire principale .... H 80
Traitement opératoire d'un abcès ou d'un kyste du foie .... H 60
Résection partielle du foie .... H 80
Incision d'un abcès sous-phrénique ou sous-hépatique .... H 50
Cure opératoire d'une fistule biliaire .... H 50

6° Râte, pancréas :

Traitement chirurgical des kystes et abcès de la rate .... H 50
Splénectomie .... H 70
Ligature de l'artère ou de la veine splénique H 60
Pancréatectomie partielle .... H 70
Traitement opératoire des kystes du pancréas .... H 50
Cure opératoire d'une fistule pancréatique .... H 60

7° Anus et rectum :

Biopsie anale .... H 4
Biopsie rectale avec rectoscopie .... H 7
Traitement de l'imperforation anale :
par voie basse .... H 16
par voie haute ou combinée .... H 60
Traitement des hémorroïdes :
par excision ou électro-coagulation des paquets .... H 16
par résection circulaire .... H 20
Traitement opératoire des abcès et fistules :
intra-sphinctériennes .... H 16
extra-sphinctériennes .... H 35
Résection d'un prolapsus rectal .... H 35
Cerclage de l'anus .... H 10

(1) Au cours d'une laparotomie pour une autre affection, l'appendicectomie n'est pas remboursée.

Extirpation d'un corps étranger du rectum :
par voie rectale .... H 8
par opération complexe .... H 40
Traitement sans laparotomie des plaies de la région anale : lésion de l'anus .... H 8
lésion du rectum .... H 16
Ablation des tumeurs bénignes de la région anale .... H 8
Ablation des tumeurs bénignes du rectum proprement dit .... H 16
Amputation ou résection du rectum :
par voie périnéale ou sacrée (A) .... H 80
par voie abdomino-périnéale ou abdomino-sacrée (A) .... H 120
Ouverture d'un abcès pelvien par voie rectale .... H 20
Rétablissement de la continuité intestinale après résection recto-colique :
par abaissement (A) .... H 70
iléo-coloplastie (A) .... H 100

SECTION XI : Urologie et appareil génital de l'homme

Dilatation de l'urèthre (par bougie ou béniqué, y compris le lavage uréthro-vésical ou l'instillation) (B), le premier .... H 3
chacun des suivants .... H 1
Lavage vésical (y compris le cathétérisme de l'urèthre (B) .... H 1
Massage prostatique (y compris le lavage uréthrovésical ou l'instillation) (B) .... H 1

Endoscopie

Uréthroscopie antérieure .... H 2
Uréthroscopie postérieure ou uréthrocystoscopie .... H 5
Cystoscopie chez la femme .... H 4
Cystoscopie chez l'homme .... H 5
Cystoscopie suivie de cathétérisme d'un ou des uretères (séparation des urines), avec ou sans lavage du bassinet, avec ou sans injection pour pyélographie rétrograde .... H 10
Lavage thérapeutique du bassinet (y compris le cathétérisme de l'uretère) .... H 5
Traitement endoscopique par courants de haute fréquence des tumeurs vésicales :
la première séance .... H 20
chacune des suivants (1) .... H 8
Traitement endoscopique par courants de haute fréquence de la récidive d'une tumeur vésicale préalablement traitée par cette méthode : la séance (2) .... H 10
Traitement endoscopique des lésions de l'urèthre postérieur, de certaines cystites, etc.
la première séance .... H 10
chacune des suivantes (3) .... H 6
Résection endoscopique du col vésical ou de l'adénome péri-uréthral, ou du néoplasme prostatique (en une ou plusieurs séances) .... H 60
Extraction des corps étrangers uréthraux ou vésicaux par les voies naturelles .... H 20

Appareil génital de l'homme

Adhérences préputiales .... H 1
Circoncision, dans le premier mois de la vie. H 4
Circoncision après le premier mois .... H 10

(1) Avec maximum de trois séances, la première non comprise, sauf entente préalable avec le Contrôle médical. La cystoscopie de contrôle en fin de traitement est remboursée en plus.

(2) La récidive est bien distincte du traitement incomplet en ce sens qu'il existe un intervalle libre patent dans les troubles ressentis par le malade. On ne peut arguer de cet intervalle libre que si la cystoscopie de contrôle effectuée en fin de traitement a prouvé l'intégrité de la vessie.

(3) Avec maximum de cinq séances, la première comprise, sauf entente préalable avec le Contrôle médical.

Réduction sanglante ou non sanglante du paraphimosis	H 6
Ligature des canaux déférents (opération isolée)	H 16
Castration	H 25
Castration avec ablation des relais lymphoganglionnaires du testicule	H 80
Epididymectomie	H 30
Orchidopexie : unilatérale	H 30
bilatérale en un seul temps	H 35
Cure opératoire du varicocèle	H 20
Amputation partielle de la verge	H 20
Amputation totale de la verge suivie d'évidement ganglionnaire en un ou plusieurs temps (l'ensemble des temps opératoires)	H 70
Emasculation totale	H 50
Emasculation totale suivie d'un évidement ganglionnaire (en un ou plusieurs temps)	H 80
Traitement radium-chirurgical des cancers de la verge (voir : Electro-radiologie et Chirurgie du système lymphatique).	
Ponction d'hydrocèle	H 3
Cure opératoire de l'hydrocèle ou d'un kyste du cordon	H 20
Traitement opératoire de la torsion du testicule ou de ses annexes	H 25
Abcès de la prostate, voie périnéale	H 35
Abcès de la prostate, voie rectale	H 12
Prostatectomie en un seul temps, avec ou sans ligature des canaux déférents	H 60
Prostatectomie en deux temps, avec ou sans ligature des canaux déférents (l'ensemble des deux temps)	H 80
Deuxième temps isolé de la prostatectomie (1)	H 50
Traitement radium-chirurgical des tumeurs malignes de la prostate (2) (A)	H 70
(Honoraires de radiumthérapie non compris)	
Hypospadias en un temps	H 50
Hypospadias en plusieurs temps (l'ensemble du traitement)	H 90
Epispadias, (l'ensemble du traitement)	H 90

Urèthre

Méatotomie	H 1
Méatostomie	H 4
Uréthrotomie interne	H 8
Traitement opératoire de l'abcès urineux	H 8
Traitement opératoire du phlegmon diffus gangréneux péri-uréthral (infiltration d'urine)	H 50
Réfection de l'urèthre. Cure de fistules périnéales avec urétrectomie (y compris la cystostomie)	H 80
Cure opératoire des fistules uréthro-rectales : acquises (l'ensemble du traitement)	H 60
congénitales (l'ensemble du traitement)	H 80
Reconstitution de l'urèthre chez la femme (l'ensemble du traitement)	H 80
Injection intra-vésicale de substance de contraste pour uréthrographie mictionnelle	H 2
Injection intra-uréthrale pour uréthrographie rétrograde	H 5

Vessie

Ponction de la vessie	H 0,6
Cystostomie sus-pubienne	H 30
Lithotritie ou taille pour calculs	H 30
Exérèse par taille d'une tumeur vésicale pédiculée	H 35
Exérèse par cystectomie partielle d'une tumeur vésicale	H 70
Cystectomie totale (y compris la dérivation des urines) (A)	H 120
Exérèse des diverticules vésicaux, avec ou sans prostatectomie immédiate ou résection du col	H 70
Cure opératoire des fistules vésico-vaginales	H 60
Résection du col à vessie ouverte (opération isolée)	H 30
Traitement opératoire de l'exstrophie vésicale (ensemble du traitement)	H 120
Réfection du col vésical chez la femme, par plicature sous-uréthro-cervicale	H 30
Réfection du col vésical chez la femme par procédé complexe (myoplastie, etc...)	H 50
Fistule vésico-cutanée (1) (traitement opératoire)	H 25
Traitement radium-chirurgical des tumeurs de la vessie (honoraires de radium-thérapie non compris)	H 60
Injection intra-vésicale d'une substance de contraste pour cystographie ou pour uréthrographie mictionnelle	H 2

Uretère

Urétérostomie lombaire	H 35
Urétérostomie pelvienne	H 50
Urétérostomie	H 40
Urétérostomie bilatérale	H 70
Urétérostomie secondaire à la néphrectomie	H 50
Urétérocystonéostomie	H 60
Abouchement d'un uretère dans l'intestin	H 60
Abouchement des deux uretères dans l'intestin	H 80

Rein

Incision et drainage d'un phlegmon périnéphrétique	H 20
Néphrectomie	H 60
Néphro-urétérectomie totale	H 100
Néphrostomie	H 30
Pyélotomie, suivie ou non de néphrostomie	H 40
Néphrolithotomie, suivie ou non de néphrostomie	H 80
Opération plastique sur le bassinet, avec ou sans néphrostomie	H 60
Décapsulation unilatérale	H 30
bilatérale	H 50
Néphropexie	H 40
Traitement conservateur des kystes du rein	H 35
Lombotomie exploratrice	H 30
Traitement opératoire de l'éventration lombaire	H 35

Système nerveux uro-génital

Section du nerf présacré	H 40
Section bilatérale des nerfs hypogastriques et section bilatérale des nerfs érecteurs	H 70
Opération portant sur le nerf splanchnique, ou le ganglion aortico-rénal, ou les nerfs du pédicule rénal ou associées	H 50
Résection du nerf honteux interne	H 20

SECTION XII : **Appareil génital de la femme**

Débridement d'une atrésie vaginale	H 16
Débridement d'une atrésie vaginale par dédoublement du périnée	H 40
Incision d'un hématocolpos	H 16
Création d'un néo-vagin (l'ensemble du traitement) par greffes cutanées	H 60
par implantation intestinale (A)	H 100
Incision d'un abcès vulvo-vaginal (bartholonite) (B)	H 3
Extirpation d'une bartholinite : unilatérale (B)	H 20
bilatérale (B)	H 25
Ablation d'une tumeur bénigne de la région vulvo-vaginale (B)	H 20
Ablation d'un cancer de la vulve ou du vagin : sans curage ganglionnaire	H 25
avec curage ganglionnaire unilatéral	H 70
bilatéral	H 80

---

(1) Le deuxième temps ne sera remboursé à ce taux qu'au cas où le premier temps aura été accompli par un autre chirurgien.

(2) Ce traitement comprend les mises en place périnéale, vésicale, et éventuellement uréthrale du radium.

(1) Si cette opération est pratiquée dans le même temps que l'exérèse de la tumeur vésicale, ou que l'exérèse du diverticule vésical, seule sera remboursée l'opération dont le taux est le plus élevé.

Traitement d'une fistule vésico-vaginale (quel que soit le procédé utilisé)........ H 60
Cure de prolapsus utéro-vaginal par périnéorraphie simple (A)................ H 40
Cure de prolapsus utéro-vaginal par procédé complexe (cloisonnement du vagin, résection du col, etc.). (A).................. H 50
Cure de prolapsus utéro-vaginal :
avec hystérectomie vaginale (A).... H 50
avec hystéropexie abdominale (A).. H 50
Colpotomie .... H 20
Biopsie du col utérin.................... H 4
Destruction d'une tumeur maligne du col utérin (B)........................ H 12
Ablation du col utérin.................. H 20
Dilatation du col utérin par laminaires, en une ou plusieurs séances (l'ensemble des séances). (B)...................... H 4
Curetage utérin (pour avortement, métrite, ou pour exploration) (B).............. H 20
Curetage pour avortement thérapeutique.. H 30
Ablation d'un polype du corps (avec ou sans curetage) (E) .... H 25
Hystérectomie vaginale (A) (B).......... H 50
Hystérectomie abdominale subtotale ou totale (B) .... H 60
Hystéropexie ou ligamentopexie par voie abdominale (E)...................... H 40
Traitement opératoire des lésions annexielles (E) .... H 60
Colpo-hystérectomie pour cancer (A)..... H 100
Traitement opératoire des phlébites abdomino-pelviennes .... H 80
Injection de substance de contraste pour hystéro-salpingographie.............. H 8
Insufflation tubaire à fins thérapeutiques (B) .... H 6

CHAPITRE X. — **Oto-rhino-laryngologie** (Voir aussi annexe I)

A) **Oreille**

Ouverture d'un abcès profond du conduit .. H 2,4
Prélèvement pour biopsie (1re séance)...... H 4
Examen cochléaire avec compte-rendu..... H 3
Examen vestibulaire avec compte rendu... H 3
Incision et curetage d'un othématome suppuré ou non .... H 6
Suture et épluchage de plaies par section ou arrachement du pavillon de l'oreille, avec plastie immédiate .... H 16
Autoplastie de l'oreille et de sa région (en une ou plusieurs séances, ensemble des temps opératoires)..................... H 40
Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe, nécessitant une résection cunéiforme du pavillon .... H 16
Ablation d'une tumeur maligne de l'oreille externe, nécessitant une résection large du pavillon .... H 40
Curiethérapie pour tumeur de l'oreille externe .... Cf. ER
Extraction d'un corps étranger nécessitant l'anesthésie générale (par les voies naturelles) .... H 6
Extraction d'un corps étranger nécessitant une opération sanglante (voie rétro-auriculaire) .... H 20
Paracentèse d'un ou des deux tympans dans la même séance .... H 4
Répétition de la paracentèse au cours d'une otite (B) .... H 3
Extraction d'un polype de l'oreille (avec maximum de trois séances, sauf entente avec le Contrôle médical (B)........... H 3
Curetage de la caisse (B)................ H 8
Ablation des osselets par les voies naturelles (B) .... H 20
Ponction de l'antre mastoïdien (chez le nourrisson) .... H 4
Antrotomie du nourrisson, uni ou bilatérale H 25
Mastoïdectomie simple, avec ou sans ouverture de la cavité cranienne (1).......... H 40
Evidement pétro-mastoïdien partiel ou total (1) .... H 60
Retouche simple de mastoïdite ou d'évidement, par le même opérateur, dans le trimestre qui suit la première intervention (1) (E) .... H 20

---

(1) Si cette intervention entraîne, dans la même séance opératoire, une exploration plus complexe, elle sera majorée comme suit :
Avec intervention sur le sinus latéral : majoration de .... H 10
Avec drainage d'un abcès du cerveau ou du cervelet.......................... H 20
Avec trépanation labyrinthique ou du conduit auditif interne.............. H 20
Avec ligature de la jugulaire........... H 16
Toutefois, ces diverses majorations ne se cumulent pas.

Evidement élargi avec intervention sur la pointe du rocher .... H 100
Intervention sur la pointe du rocher par voie pétreuse ou par voie cranienne (opération isolée), sur un malade ayant déjà subi un évidement pétro-mastoïdien..... H 60
Trépanation du labyrinthe sur un malade ayant déjà subi un évidement pétro-mastoïdien .... H 40
Incision d'une mastoïdite récidivante ou abcès rétro-auriculaire (avec ou sans curetage)............................ H 10
Ligature de la jugulaire interne (opération isolée) .... H 20
Résection de la jugulaire jusqu'au golfe compris (opération isolée).............. H 50
Trépano-ponction ventriculaire, uni ou bilatérale dans la même séance......... Cf. Ch.
Section intra-cranienne du nerf auditif..... Cf. Ch.
Evidement pétro-mastoïdien pour tumeur maligne, avec résection plus ou moins étendue de la parotide.................. H 80

B) **Fosses nasales et sinus**

Rhinophyma (décortication chirurgicale ou diathermo-coagulation)............ H 16
Plastique narinaire (traitement complet)(E) H 35
Fracture récente du nez : redressement simple, sans anesthésie générale ni appareil de contention........................ H 4
Fracture récente du nez, avec réduction et contention par appareillage (appareillage non compris) .... H 16
Fracture ancienne du nez : réduction et contention avec appareillage (appareillage compris) (E)......................... H 40
Prothèse nasale à la paraffine (E)......... H 3
Prothèse nasale, par méthode sanglante (E). H 40
Réfection de la pyramide nasale partiellement ou totalement détruite, en une ou plusieurs interventions (l'ensemble des opérations) (E)........................ H 70
Hémostase nasale, par tamponnement antérieur .... H 4
Hémostase nasale nécessitant un tamponnement total .... H 6
Extraction d'un corps étranger des fosses nasales par les voies naturelles, nécessitant l'anesthésie générale .... H 6
Extraction d'un corps étranger des fosses nasales par rhinotomie............... H 25
Injection sclérosante des cornets ; chaque fosse nasale (E)...................... H 3
Galvano-cautérisaton profonde (séance unique) d'un cornet inférieur (E).......... H 3
Coagulation ou étincelage pour lupus avec anesthésie au Bonain, chaque séance (avec maximum de 10 séances sauf entente avec le contrôle médical (B)...... H 3
Turbinotomie (E) .... H 10
Résection d'une crête ou d'un éperon de cloison (E)........................... H 10

Résection sous-muqueuse limitée du cartilage de la cloison nasale (E)	H 12
Résection sous-muqueuse de la cloison ostéo-cartilagineuse avec ou sans résection de cornets dans la même opération (E).	H 30
Synéchie nasale muqueuse (destruction de) (E)	H 4
Synéchie nasale ostéo-cartilagineuse (destruction de) (E)	H 16
Oblitération choannale membraneuse (section et destruction diathermique d'une) (B)	H 10
Oblitération choannale osseuse (résection par voie endo-nasale) (B)	H 30
Incision de l'hématome de la cloison, suppuré ou non	H 4
Prélèvement pour biopsie dans les fosses nasales	H 4
Extraction de polypes du nez (B) :	
séance unique ou 1re séance	H 4
chaque séance suivante	H 2
(avec maximum de 6 séances dans les six mois, sauf entente avec le Contrôle médical)	
Intervention sur un labyrinthe ethmoïdal intérieur, par voie endo-nasale	H 16
Intervention par voie endonasale sur la totalité d'un labyrinthe ethmoïdal (en une ou plusieurs interventions)	H 35
Ponction du sinus maxillaire (B)	H 2,4
Injection thérapeutique des sinus par la méthode de Proets	H 2,4
Injection de substance de contraste dans les sinus pour diagnostics (chez le radiologiste)	H 6
Trépanation endo-nasale du sinus maxillaire	H 16
Cure radicale d'une sinusite maxillaire (E)	H 30
Cure radicale d'un kyste para-dentaire à évolution sinusale par voie canine (E)	H 30
Trépanation du sinus frontal par voie endonasale (E)	H 30
Cure radicale de sinusite frontale ou fronto-ethmoïdale ou de mucocèle frontale, par voie externe	H 50
Cure radicale de sinusite frontale par voie externe, avec drainage d'un abcès endocranien	H 60
Ouverture d'une sinusite frontale extériorisée, sans cure radicale	H 10
Réouverture d'un sinus frontal pour abcès extra-dural	H 16
Réouverture d'un sinus frontal pour abcès du cerveau	H 35
Intervention sur l'ethmoïde par voie externe avec incision ou non d'un phlegmon orbitaire	H 40
Trépanation d'un sinus sphénoïdal, par voie trans-ethmoïdale	H 40
Trépanation des sinus sphénoïdaux par voie trans-septale	H 60
Intervention sur l'hypophyse par voie trans-septale	H 100
Interventions multiples ou combinées, en une ou plusieurs séances :	
pour pansinusite unilatérale : plafond	H 70
pour pansinusite bilatérale : plafond	H 90
Ablation d'un ostéome des fosses nasales par rhinotomie	H 60
Curiethérapie externe ou endo-nasale	Cf. ER
Résection partielle du maxillaire supérieur, intéressant l'ethmoïde (A)	H 70
Résection partielle du maxillaire supérieur, intéressant la voûte palatine (A)	H 70
Résection totale du maxillaire supérieur (A)	H 80
Résection du maxillaire supérieur avec exentération de l'orbite (A)	H 90
Ligature de la veine faciale	H 12
Ostéite circonscrite du rebord alvéolaire (curetage, ablation de séquestre)	Cf. STO
Ostéite circonscrite de la région basilaire (ostéite centrale)	Cf. STO
Ostéite diffuse d'origine dentaire et radionécrose	Cf. STO
Ostéomyélite hématogène des maxillaires	Cf. STO

C) **Rhino-pharynx, oro-pharynx et cavité buccale**

Ablation simple de la luette (E)	H 3
Ablation partielle des amygdales palatines (E)	H 6
Ablation de l'amygdale pharyngée (végétations adénoïdes) (E)	H 7
Les deux interventions précédentes combinées dans la même séance opératoire (E)	H 10
Amygdalectomie totale chez l'enfant (E)	H 10
Amygdalectomie totale chez l'adulte (à partir de 16 ans) (E)	H 20
Amygdalectomie totale et ablation de végétations adénoïdes chez l'enfant, dans la même séance opératoire (E)	H 14
Hémorragie amygdalienne, hémostase locale	H 3
Tamponnement du cavum	H 5
Polype choanal kystique (extirpation d'un) (E)	H 10
Fibrome naso-pharyngien (extirpation en un ou plusieurs temps) (A)	H 90
Ouverture d'un phlegmon péri-amygdalien par voie buccale	H 7
Ouverture d'un abcès rétro-pharyngien par voie buccale	H 10
Ouverture d'un abcès latéro-pharyngien par voie cervicale	H 30
Amygdalectomie totale sur phlegmon périamygdalien	H 16
Coagulation amygdalienne, chaque séance (avec maximum de six séances par amygdale) (E)	H 2,4
Corps étranger de l'amygdale ou de l'oropharynx	H 2,4
Prélèvement pour biopsie (1re séance)	H 4
Traitement de la sténose-vélo-pharyngée (séances opératoires et calibrage compris) chaque côté	H 40
Traitement par diathermo-coagulation d'un angiome, chaque séance (avec maximum de six séances) (E)	H 4
Diathermo-coagulation d'une tumeur maligne	H 40
Traitement du bec-de-lièvre et de la division palatine, des tumeurs de la cavité buccale des affections chirurgicales des glandes salivaires et de la région cervicale, des maxillaires inférieurs	Cf. CHI et STO

D) **Larynx, trachée, bronches, hypopharynx, œsophage**

Cautérisation chimique du larynx	H 2
Anesthésie des nerfs laryngés supérieurs	Cf. Ch. II
Section d'un nerf laryngé supérieur	H 20
Dilatation laryngée, chaque séance	H 2,4
Laryngoscopie ou hypo-pharyngoscopie directe pour diagnostic	H 5
Prélèvement pour biopsie de l'hypopharynx ou du larynx :	
1re séance	H 8
2e séance si nécessaire	H 4
Polype du larynx (extraction par les voies naturelles, en une ou plusieurs séances)	H 25
Galvano-cautérisation ou fulguration endolaryngée (avec maximum de 5 séances, sauf entente avec le Contrôle médical), chaque séance (B)	H 4
Tubage du larynx (détubage compris) une ou deux séances	H 20
chaque séance, à partir de la troisième	H 6
Ouverture d'un abcès endo ou péri-laryngé, ou de la base de la langue, par les voies naturelles	H 12
Ouverture d'un abcès péri-laryngé par voie cervicale	H 25
Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger non enclavé du larynx ou de l'hypopharynx	H 10
Extraction par les voies naturelles d'un corps étranger :	
enclavé de l'hypopharynx	H 20
enclavé du larynx	H 30

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, pour asphyxie ... H 16
Trachéotomie simple, pour dyspnée laryngée non menaçante, ou comme premier temps d'une intervention sur les voies aériennes (opération isolée) ... H 20
Trachéotomie d'urgence, pour dyspnée laryngée menaçante ... H 30
Thyrotomie simple, avec ou sans cordectomie (A) ... H 60
Thyrotomie élargie (A) ... H 70
Laryngostomie (A) ... H 60
Hémi-laryngectomie (A) ... H 80
Laryngectomie partielle (A) ... H 70
Laryngectomie totale (A) ... H 120
Pharyngotomie pour tumeur (A) ... H 80
Pharyngo-laryngectomie (A) ... H 120
Dilatation œsophagienne, chaque séance (E) H 2
Œsophagoscopie, bronchoscopie supérieure, pour diagnostic : (B)
première séance ... H 20
chaque séance suivante ... H 10
Bronchoscopie en série, pour cautérisation chimique ou aspiration, chaque séance (E) H 6
Œsophagoscopie ou bronchoscopie, avec prélèvement pour biopsie :
1re séance ... H 25
chaque séance suivante ... H 16
Œsophagoscopie ou bronchoscopie, avec extraction d'un corps étranger, en une ou plusieurs séances ... H 40
Ablation d'un corps étranger de l'œsophage, ne nécessitant pas d'œsophagoscopie ... H 4
Trachéo-bronchoscopie inférieure, pour tumeur ou corps étranger (trachéotomie comprise) ... H 60
Injection de substance de contraste dans les bronches, (honoraires du radiologiste non compris) ... H 6
Œsophagotomie externe (A) ... H 40
Traitement opératoire des diverticules de l'œsophage cervical ... Cf. CHI
Sondage bronchique pour prélèvement ... H 6

CHAPITRE XI. — **Ophtalmologie** (Voir aussi Annexe I)

NOTES :

(1) *Limitation à six séances, sauf accord avec le Contrôle médical.*

(2) *En cas de suture de plaies palpébrales associées, ajouter* H6. *En cas d'ablation de corps étranger intra-oculaire non suivie de suture ou de recouvrement, le taux serait le même que celui indiqué aux alinéas* 2 *et* 3.

(3) *Limitation à* 8 *séances, sauf accord avec le Contrôle médical.*

I. — Opérations sur la conjonctive et sur le segment antérieur du globe

Injection sous-conjonctivale (1) (B) ... H 1,6
Cautérisation conjonctivale ou cornéenne (3) (B) ... H 1,6
Extraction d'un corps étranger de la cornée. H 2
Extraction d'un corps étranger de la conjonctive ... H 2
Extraction de corps étrangers multiples de la cornée ou de la conjonctive d'un œil ou des deux yeux ... H 4
Extraction de corps étranger de la sclérotique ... H 4
Ablation sanglante, destruction ignée ou diathermo-coagulation de brides conjectivales ou de petites néoformations ... H 6
Ablation sanglante, destruction ignée ou diathermo-coagulation de néoformations étendues ... H 12
Application « diagnostique » en une ou plusieurs fois de l'électro-aimant géant, non suivie d'intervention ... H 5
Paracentèse de la cornée. Kératotomie ... H 8
Péritomie ... H 8
Recouvrement conjonctival ... H 10
Tatouage de la cornée ... H 10
Opération de ptérygion ... H 14
Greffe de la cornée ... H 20
Opération du symblépharon, en une ou plusieurs séances (l'ensemble des séances) ... H 35

II. — Opérations sur le globe oculaire

Ponction du globe ... H 8
Iridectomie ou iridotomie ... H 40
Iridectomie antiglaucomateuse ... H 50
Opération de la cataracte ... H 60
Extraction d'un cristallin luxé ... H 60
Opération de la cataracte secondaire ... H 40
Iridoenclésis ... H 30
Cyclodialyse ... H 30
Sclérectomie, avec ou sans iridectomie ... H 60
Traitement du décollement de la rétine, en une ou plusieurs séances (l'ensemble des séances) (E) ... H 80
Enucléation ... H 40
Eviscération du globe ... H 40
Amputation du segment antérieur ... H 50
Staphylectomie ... H 50
Eviscération du globe, avec insertion de sphère pour prothèse ... H 50
Enucléation, avec insertion de sphère dans le cône musculaire ... H 50
Suture de la cornée ou de la sclérotique ou recouvrement conjonctival :
1° avec ou sans résection de hernie iridienne (2) ... H 40
2° avec ablation d'un corps étranger de la chambre antérieure ou de l'iris (2) ... H 50
3° avec ablation d'un corps étranger du vitré (2) ... H 60

III. — Opérations sur les muscles

Strabisme ... H 60
Ptosis ... H 60

IV. — Opérations sur l'appareil lacrymal

Electrolyse ou diathermo-coagulation (1) (B) ... H 2,4
Cathétérisme ou lavage des voies lacrymales (3) (B) ... H 2
Stricturotomie ... H 6
Incision d'un phlegmon du sac ... H 6
Ablation du sac lacrymal ... H 40
Dacryocystorhinostomie ... H 60
Ablation de la glande lacrymale palpébrale. H 16
Ablation de la glande lacrymale orbitaire ... H 25
Prélèvement pour biopsie ... H 4

V. — Opérations sur les paupières et la région orbito-faciale

Pansement de plaies ou brûlures superficielles H 1,6
Electrolyse ciliaire (1) (B) ... H 2,4
Incision d'orgelet ... H 1,6
Traitement de l'entropion et de l'ectropion par le procédé des anses de fil ... H 4
Traitement chirurgical de l'entropion ou de l'ectropion (procédé sanglant autre que celui des anses de fil) ... H 40
Opération du trichiasis ... H 40
Extraction d'un corps étranger sous-cutané H 4
Incision d'abcès de la paupière ou du sourcil H 5
Suture d'une plaie superficielle ... H 4
Suture de plaies multiples ... H 7
Suture d'une ou plusieurs plaies palpébrales avec section complète du tarse ... H 10
Brossage de granulations trachomateuses (1) ... H 1,6
Ablation sanglante, destruction ignée ou diathermo-coagulation de granulations trachomateuses, ou de tumeurs bénignes ou superficielles telles que chalazion, lupus ... H 6

Ablation sanglante, destruction ignée ou diathermo-coagulation de tumeurs étendues .... H 10
Ablation chirurgicale de xanthélasma :
unique .... H 8
multiple .... H 16
Ablation d'un kyste dermoïde du sourcil... H 14
Blépharorraphie .... H 14
Canthoplastie .... H 4
Autoplastie, en une ou plusieurs séances (l'ensemble des séances) .... H 60
Ablation d'une tumeur étendue ou maligne, suivie d'autoplastie .... H 70

VI. — **Opérations sur l'orbite**

Incision et drainage d'un phlegmon de l'orbite .... H 20
Ablation d'une tumeur intra-orbitaire .... H 70
Extraction d'un corps étranger intra-orbitaire .... H 70
Exentération de l'orbite .... H 60
Réfection d'une cavité d'énucléation, en une ou plusieurs séances (l'ensemble des séances) .... H 60

CHAPITRE XII. — **Stomatologie et odontologie** (*Voir : Annexe I*)

Indicatifs : STO et ODO.

— Les actes marqués d'un astérisque devront être précédés de l'indicatif ODO.

— Les actes non marqués d'un astérisque devront être précédés de l'indicatif STO.

***Les actes non marqués d'un astérisque ne sont remboursés que s'ils sont exécutés par un docteur en médecine.**

NOTES :

(1) *L'examen dentaire ne sera remboursé que s'il est isolé, c'est-à-dire s'il n'a pas donné suite, dans les trente jours qui suivent cet examen, à un acte inscrit à la nomenclature.*

(2) *Pour les stomatologistes et les chirurgiens-dentistes, la visite en maison de santé est assimilée à la visite au domicile du malade, lorsque celui-ci est hospitalisé pour une affection autre qu'une affection bucco-dentaire.*

(3) *Le prix d'un acte à tarif global comprend le prix de l'examen dentaire, de la consultation et des soins post-opératoires.*

(4) *Le prix d'un traitement des gencives ne peut pas être cumulé avec celui d'un autre traitement effectué dans la même séance.*

(5) *Non compris l'appareil de réduction-contention.*

(6) *Pour les couronnes, les soins dentaires préalables seront comptés en supplément.*

A) **Examen dentaire, consultation, visite**

1° *Examen dentaire isolé* (1) :
*Consultation au cabinet du praticien .... C 1
*Visite au domicile du malade (2) .... C 1,2
*Visite à heure fixe, sur rendez-vous avec un médecin .... C 1,6
*Visite du dimanche imposée (nécessitée par l'état du malade) .... C 1,6
*Visite de nuit (de 22 heures à 7 heures) (nécessitée par l'état du malade) .... C 2

2° *Consultation et visite de stomatologie* :
Tarif des consultations et visites du spécialiste qualifié.

*3° En sus, pour tout acte à tarif global effectué au domicile du malade .... H 0,2

B) **Anesthésies spécialisées**

Locale par contact .... non rémunérée
Locale par infiltration .... non rémunérée
Régionale :
*Epine de Spix, sous-orbitaire, massétérine, canal palatin postérieur .... H 1
Nerfs maxillaires supérieur ou inférieur à la base du crâne (V. Ch. III) .... H 3
*Générale de courte durée par protoxyde d'azote (E) .... H 2

C) **Soins dentaires et gingivaux**

(actes à tarif global) (3)

*Obturation dentaire définitive (ciment ou amalgame) :
a) cavité simple .... H 1,2
b) cavité composée de molaire et prémolaire .... H 1,6
*Pulpectomie totale par caustique ou anesthésique, obturation des canaux, obturation définitive .... H 3
*Pulpectomie coronaire (sans obturation des canaux) et obturation définitive .... H 2,8
*Traitement d'une gangrène pulpaire (obturation des canaux et obturation définitive comprise) :
a) par agents médicamenteux .... H 4
b) par agents physiques .... H 4
*Traitement d'une dent infectée, avec lésion apicale fistulisée ou non (obturation des canaux et obturation définitive comprises) .... H 5
*Traitement des gencives (4) au cours de : (E)
a) gingivo-stomatite localisée .... H 0,8
b) gingivo-stomatite étendue .... H 1,2
c) poly-arthrite alvéolo-dentaire localisée H 0,8
d) poly-arthrite alvéolo-dentaire étendue H 1,2
e) accident muqueux d'éruption de dent de sagesse .... H 0,8

D) **Extractions dentaires simples**

(actes à tarif global) (3)

Entente obligatoire avec le Contrôle médical pour les extractions multiples, au-dessus de huit dents.

*Extraction dentaire simple .... H 1
*Extraction de plusieurs dents contiguës au cours d'une même séance, par dent .... H 0,6
*Extraction d'une dent au cours d'accidents péri-odontiques aigus .... H 2
*Extraction chirurgicale d'une racine par alvéolectomie vestibulaire .... H 3

E) **Extractions dentaires complexes**

Extraction d'une dent ectopique (autre que la dent de sagesse) :
a) au cours de la désinclusion :
sans résection osseuse (E) .... H 4
avec résection osseuse (E) .... H 8
b) incluse .... H 16

Extraction d'une dent de sagesse :
a) *en position normale*
*avec ou sans accidents muqueux :
supérieure .... H 2,4
inférieure .... H 4
*avec accidents cellulaires ou osseux graves (B) :
supérieurs .... H 6
inférieure .... H 10
b) *en position atypique* :
*avec (B) ou sans (E) accidents muqueux :
supérieure .... H 5
inférieure .... H 10
*avec accidents cellulaires ou osseux graves (B) :
supérieure .... H 10
inférieure .... H 16
c) *incluse* : (B)
*avec ou sans accidents muqueux .... H 16
avec accidents cellulaires ou osseux graves .... H 30

F) Suites d'extractions dentaires

(actes à tarif global) (3)

(Opérations faites dans une séance opératoire différente de celle de l'extraction).

*Curettage alvéolaire, granulomectomie... H 1
*Esquillectomie alvéolaire.................. H 1
*Tamponnement alvéolaire pour hémorragie post-opératoire (maximum 4 séances) par séance.......................... H 1,2
*Résection d'une crête alvéolaire avec suture gingivale :
résection partielle........................ H 1,6
résection de crête d'un hémi-maxillaire H 5

G) Opérations sur les maxillaires

*Curettage péri-apical par trépanation vestibulaire, avec ou sans résection apicale (soins dentaires non compris) (E)....... H 8
*Enucléation d'un petit kyste paradentaire. H 8
Enucléation d'un kyste de moyen volume (de 1 à 2 cent. de diamètre), limité à l'infrastructure osseuse des maxillaires (E). H 16
Enucléation d'un volumineux kyste à extension sinusienne, ou ayant déterminé un vaste délabrement osseux (E)....... H 30
*Injection de substance de contraste dans un kyste para-dentaire................ H 2
Lavage du sinus maxillaire par voie alvéolaire, après extraction de la dent causale d'une sinusite (B)..................... H 1
Cure radicale d'une sinusite maxillaire d'origine dentaire (E)................ H 30
Trépanation par voie vestibulaire du sinus maxillaire pour recherche d'une racine refoulée dans le sinus.................. H 16
*Recherche par voie alvéolaire d'une racine refoulée dans le sinus.................. H 14
Communication bucco-nasale ou bucco-sinusienne (fermeture auto-plastique) (E). H 30
*Ostéite circonscrite du bord alvéolaire des maxillaires (curettage et ablation des séquestres)............................ H 4
Ostéite circonscrite de la région basilaire ou ostéite centrale (curettage et ablation des séquestres)........................... H 8
Ostéite diffusée d'origine dentaire et ostéo-radio-nécrose (curettage et ablation de séquestres) (E)........................ H 16
Ostéomyélite hématogène des maxillaires (curetage et ablation de séquestres) (E). H 30
*Fracture parcellaire des maxillaires (contention par ligatures)................ H 3
Fracture complète d'un maxillaire (appareil compris) :
*a) réduction contention par ligatures (B) :
sans blocage inter-maxillaire....... H 12
avec blocage inter-maxillaire....... H 20
*b) réduction-contention par attelles ou gouttières (B) :
sans blocage inter-maxillaire....... H 25
avec blocage inter-maxillaire....... H 30
*c) réduction-contention par appui péricranien (B)........................ H 40
*Fracture complète des deux maxillaires... H 40
*Luxation temporo-maxillaire : réduction par méthode non sanglante............ H 2
Ostéotomie mandibulaire pour fracture ancienne avec cal vicieux (5) (E)......... H 25
Traitement chirurgical d'une pseudarthrose du maxillaire inférieur :
— sans greffe osseuse (5)............ H 35
— avec greffe osseuse (prélèvement de greffe compris) (5)............ H 40
Prognathie ou latérognathie mandibulaire : correction chirurgicale (5) (E)..... H 20
Constriction permanente des mâchoires (correction chirurgicale) ;
unilatérale (5) (E)................ H 30
bilatérale (5)...................... H 40
Résection du corps du maxillaire inférieur :
a) n'intéressant pas la continuité de l'os (5)................................ H 25
b) intéressant la continuité de l'os (5)... H 40
Résection totale d'un hémi maxillaire inférieur (5)............................ H 50

H) Opérations sur les parties molles

*Abcès sous-muqueux (incision) (tarif global) (3)............................ H 1
*Résection du capuchon muqueux d'une dent de sagesse (tarif global) (3)....... H 4
Tumeur buccale bénigne (ablation de) :
*papillome (B)........................ H 4
lipome (B)........................... H 6
*épulis (B)........................... H 10
Prélèvement pour biopsie d'une lésion intra-buccale.......................... H 4
*Bride fibreuse ou frein hypertrophié (excision et suture)....................... H 4
Calcul salivaire (extirpation par voie buccale (E)............................ H 7
Injection de substance de contraste dans une glande salivaire (sialographie)...... H 4
Abcès superficiel de la pointe de la langue (incision)........................... H 2
Abcès profond intra-lingual (incision).... H 10
Grenouillette (excision ou marsupialisation) H 12
Cellulite (ou adénite) génienne suppurée chronique (incision ou drainage filiforme) H 2
Adéno-phlegmon cervico-facial d'origine buccale (incision ou drainage filiforme) (B)........................... H 12
Phlegmon circonscrit du plancher buccal (incision) (B)..................... H 16
Phlegmon péri-maxillaire, ostéo-phlegmon (cure chirurgicale) (B)............... H 16

I) Prothèse dentaire

Actes à tarif global (3)
(Prix de l'appareillage compris)

*La plaque-base vulcanite (E)........... H 2
*La plaque-base métallique (métal non précieux et inoxydable (E)............. H 4
*La dent prothétique (E) ;
pour un appareil de 1 à 5 dents........ H 1,6
pour un appareil de plus de 5 dents..... H 1,4
*La dent prothétique contreplaquée (E).... H 3
*Le crochet non précieux (E)............ H 1
*Réparation d'un appareil (cassure de la plaque-base)......................... H 1,4
*Une dent ou un crochet ajouté.......... H 2
*Dents ou crochets ajoutés (à partir de la deuxième unité)..................... H 1,4
*Remontage (E)................... 2/3 du prix
*Appareil complet (14 dents) (E)......... H 20
*Les deux appareils complets (28 dents) (E). H 40
*Réfection d'un vestibule pour rétention d'une plaque base prothétique (E) ;
a) sans plaque modelante :
réfection partielle.................. H 2
réfection totale..................... H 6
b) avec plaque modelante :
réfection partielle.................. H 10
réfection totale..................... H 20
*Couronne en porcelaine pleine à tenon (type Davis) (6) (E)................ H 6
*Couronne métallique creuse (en métal non précieux et inoxydable (6) (E)......... H 8
*Retouche à un appareil de prothèse, à partir du quatrième mois suivant la pose dudit appareil......................... H 0,8

J) Prothèse restauratrice maxillo-faciale (E)

Actes à tarif global (3)
(prix de l'appareillage compris)

*Appareil de prothèse du maxillaire inférieur avec pseudarthrose, la plaque base. H 12
*Appareil de prothèse vélo-palatine, la plaque base.............................. H 25
*Appareil obturateur de perforation palatine, la plaque base.................. H 16
(Dents et crochets en supplément, conformément au tarif des appareils de prothèse dentaire).

*Appareil de contention pré-opératoire du maxillaire inférieur (résection chirurgicale, greffe) ..... H 30

*Appareil de contention du maxillaire inférieur après réduction d'une luxation par méthode sanglante ..... H 25

*Appareil de réduction-contention du maxillaire inférieur après correction chirurgicale d'une prognathie ou d'une latérognathie ..... H 30

*Appareil mobilisateur du maxillaire inférieur, après traitement chirurgical d'une constriction permanente (type Darcissac) ..... H 30

*Appareil de distension de cicatrices vicieuses (lèvres, joues) ..... H 30

*Appareil porte-radium intra-buccal ..... H 30

*Appareil de redressement du nez, avec appui péri-cranien ..... H 30

*Nez artificiel ..... H 30

*Oreille artificielle ..... H 25

*Masque facial ..... H 30

*Retouche à un appareil de prothèse restauratrice maxillo-faciale, à partir du quatrième mois suivant la pose dudit appareil ..... H 0,8

K) Orthopédie dento-faciale

Acte à tarif global (3)

*Consultations orthodontiques comportant prises de moulages et de mensurations, l'ensemble des séances ..... H 2

a) *Sens transversal* (E).

*Endognathie uni-maxillaire ..... H 20

*Endognathie bi-maxillaire ..... H 40

*Exognathie uni-maxillaire ..... H 30

b) *Sens antéro-postérieur* (E).

*Prognathie alvéolaire supérieure ..... H 20

*Prognathie alvéolaire inférieure ..... H 20

*Rétrognathie alvéolaire supérieure ..... H 20

*Rétrognathie alvéolaire inférieure ..... H 20

*Prognathie mandibulaire ..... H 40

*Rétrognathie mandibulaire ..... H 40

c) *Sens vertical* (E).

*Supragnathie ..... H 30

*Infragnathie ..... H 30

**d*) Malpositions dentaires compliquant les déformations maxillaires (à l'exception de celles qui sont dans le même sens que ces déformations), par dent (E) ..... H 2

**e*) Malpositions dentaires isolées, sans anomalies des maxillaires, par dent (E) .. H 10

L) Radiographies dentaires

*Les radiographies dentaires par film intrabuccal, donnent lieu aux remboursements suivants :

a) Un forfait-honoraires médicaux ..... Cf. ER

b) Un forfait-débours, correspondant aux frais matériels inhérents à l'examen radiographique, de valeur égale à (par film) (avec maximum de deux films par séances, sauf entente avec le Contrôle médical) D 1

CHAPITRE XIII. — Electro-radiologie et physiothérapie

Section I : Physiothérapie (E)

sans intervention directe de l'électricité ou des radiations

a) Kinésithérapie par appareil de mécanothérapie ..... H 1

b) Massage et mobilisation par docteur en médecine ..... H 0,8

c) Séance de gymnastique orthopédique ou médicale par docteur en médecine :

— individuelle ..... H 1

— en groupe, avec maximum de 10 malades, chacune ..... H 0,2

Section II : Electro-diagnostic

a) *Electro-diagnostic neuro-musculaire*, par la *méthode classique* ou avec recherche de la *climalyse* :

Pour un membre ..... H 3

Pour deux membres :

symétriques ..... H 5

non symétriques (ou un membre et la face ..... H 6

Pour plus de deux membres ..... H 10

b) *Mesure des chronaxies* :

Pour un territoire nerveux isolé (sauf celui du sciatique), pour celui d'une branche du sciatique, pour un pied ou une main H 4

Pour un membre en entier, pour tout le territoire du sciatique, pour deux pieds, deux mains ou un pied ou une main (chronaxies d'au moins 4 nerfs ou groupes de fibres musculaires différentes) .. H 7

Pour deux membres (chronaxies d'au moins 8 nerfs ou groupes de fibres musculaires différentes) ..... H 10

Pour trois membres (chronaxies d'au moins 12 nerfs ou groupes de fibres musculaires différentes) ..... H 12

Pour quatre membres ou le sujet entier (chronaxies d'au moins 16 nerfs ou groupes de fibres musculaires différentes) ... H 16

c) *Electrocardiogramme* (film compris).
Voir chap. II, page 8.

d) *Electro-encéphalogramme* :

par séance ..... H 10

en plus, par film ..... H 2

e) *Actes d'électro-diagnostic effectués au domicile du malade* : application de tarifs spéciaux prévus pour les actes d'électrothérapie effectués à domicile.

Section III : Electrothérapie et traitement par les rayons infra-rouges ou lumineux, ou ultra-violets

Les appareils dits de « haute fréquence » constitués par une petite bobine d'induction et des électrodes en verre n'étant pas considérés comme des appareils médicaux, leur usage ne comporte aucun remboursement d'honoraires.

Voltaïsation, ionisation, faradisation localisée (application de surface ou intracavitaire, ou en oculistique, ORL, ou stomatologie) (E) :

pour une seule localisation et une durée inférieure à 30 minutes ..... H 1,4

pour une seule localisation et une durée de 30 minutes et plus ..... H 1,8

Révulsion faradique (E) ..... H 1

Bain ou douche statique, faradisation généralisée, méthode de Bergonié, galvanofaradisation, application de courants rythmés, auto-conduction, lit condensateur, diathermie médicale, ondes courtes localisées ou généralisées, à l'exception de la pyrétothérapie (applications de surface, ou intra-cavitaires, ou en ORL, en oculistique, ou en stomatologie) (E).

Pour une seule localisation et une durée :
inférieure à 30 minutes .... H 1,6
Pour deux ou plusieurs localisations ou une localisation de plus de 30 minutes. H 2
Effluvation ou étincelage de condensation, par électricité statique ou courants de haute fréquence (application de surface, ou intracavitaire, ou en ORL, en oculistique ou en stomatologie (E)....... H 2
Electrothérapie non destructive dans l'œsophage, l'utérus ou l'urèthre .... H 3
Electrothérapie persuasive (faradique ou voltaïque), torpillage.................. H 4
Applications de l'électricité à effets destructeurs : Electrolyse, fulguration par étincelles de haute fréquence, étincelage diathermique, diathermo-coagulation (à l'exclusion du bistouri électrique), y compris les applications à l'ORL, à l'oculistique ou à la stomatologie (voir : Spécialités) (E).
Pyrétothérapie, avec un appareil à ondes courtes de 1 kw au minimum : par heure de pyrétothérapie (E)................... H 3
Lavement électrique :
la première séance ou une séance isolée... H 7
chacune des séances suivantes.......... H 5
Thermothérapie radiante (rayons infrarouges) ; ou photothérapie (rayons lumineux) régionale ou générale (bains de lumière) ; ou actinothérapie (rayons ultraviolets) locale, régionale ou générale, par séance (E)........................... H 0,8

Toutefois l'application d'un traitement à l'aide d'un appareil à *infra-rouges* consommant moins de 4 ampères ne comporte aucun remboursement.

En ce qui concerne l'*actinothérapie*, le remboursement est subordonné aux conditions suivantes :

a) Les applications générales ou régionales ne comportent remboursement que si elles sont pratiquées avec un brûleur à mercure ou une lampe à arc.

b) Les applications régionales (type plaie à faire cicatriser ou alopécie) ne comportent pas de remboursement si elles ne sont pas suivies d'érythème.

c) Les applications locales (type traitement d'un lupus) ne comportent remboursement que si elles sont pratiquées avec un appareil spécial pour irradiations locales, et non avec un appareil pour irradiations générales ou régionales (même muni d'un localisateur).

Plage artificielle, par séance, chaque sujet (avec maximum de 30 sujets)........ H 0,05

Note : *Actes d'électro-thérapie pratiqués au domicile du malade* :

Ces actes donnent lieu aux remboursements suivants :

1° honoraires correspondant à l'acte exécuté, augmentés de .... H 1
2° forfait pour location de l'appareillage... D 10
(sauf pour le lavement électrique, pour lequel il sera remboursé un forfait de débours journaliers de D 20, avec maximum de D 40).
3° transport de l'appareillage, s'il y a lieu (1) : application du tarif kilométrique usité en matière d'Assurances sociales, (lorsque l'appareil portatif appartient à l'électrologiste, il ne peut être remboursé qu'une seule indemnité pour le déplacement de l'électrologiste et le transport de l'appareil).

(1) Lorsque l'appareillage n'appartient pas au radiologiste, ce dernier n'indique pas sur la feuille de maladie le forfait de location et le transport de l'appareillage. Le malade est remboursé sur présentation de la facture.

SECTION IV : **Radiodiagnostic**

Les actes de radiodiagnostic donnent lieu aux remboursements suivants ;
— les honoraires médicaux (H).
— un forfait-débours (D) correspondant aux frais matériels inhérents à l'examen radiologique.

PREMIÈRE PARTIE : **Honoraires (H)** :

(quel que soit le nombre d'actes effectués sur la même région et la région symétrique, dans la même séance) :

a) Examen radioscopique...... Cf. Ch. III, page 9.
b) Examen radiographique des membres, à l'exclusion des ceintures (tarif global comprenant les examens radioscopiques associés).................... H 2
c) Examen radiographique des autres régions ou organes (tarif global comprenant les examens radioscopiques associés).............................. H 3
d) Toutefois, le forfait-honoraires pour les actes de radiodiagnostic suivants, sera remboursé à un tarif global spécial :
Radiographie dentaire par film intra-buccal .... H 1
Orthodiagramme du cœur et de l'aorte .. H 3
Radiographie de la tête, en incidence spéciale (verticale ou oblique) .... H 5
Examen radiographique d'une région du rachis en deux ou trois incidences......... H 4
Radiographie du sternum................ H 3
Examen radioscopique et radiographique de l'estomac, avec étude de l'évacuation gastrique (quel que soit le nombre de séances)................. H 5
Examen radioscopique et radiographique de l'intestin par lavement opaque ou insufflation .... H 5
Examen radioscopique et radiographique du tube digestif par voie haute (estomac et transit intestinal complet, quel que soit le nombre de séances).... H 6
Examen radiographique des voies urinaires par pyélographie ascendante, pyélographie intra-veineuse, cystographie, uréthrographie (injection non comprise)....................... H 4
Examen radioscopique et radiographique du rein par insufflation périrénale (injection comprise)........... H 6
Examen radioscopique et radiographique de l'abdomen par pneumopéritoine (injection comprise) .... H 7
Localisation des corps étrangers par la méthode de repérage radioscopique......... H 3
Hystérographie (injection non comprise). H 4
Myélographie et ventriculographie (injection non comprise)................. H 6
Artériographie (injection non comprise).. H 4
Localisation des corps étrangers par repérage radiologique avec réglage du compas (non compris la pose du compas) H 6
Examens radiologiques ou pose d'un compas au cours d'une intervention chirurgicale...................... H 4

DEUXIEME PARTIE ; **Forfait-débours pour les examens radiographiques** (D) :

(La fourniture d'une substance de contraste n'est pas comprise dans le forfait débours).

Par film :

Format du film	Membres (à l'exclusion des ceint.)		Autres régions ou organes	
	par film	par carte	par film	par carte
9-12 et inférieur	D 1	D 1	D 1	D 1
13-18	D 2	D 2	D 9	D 9
18-24 ou 10-40	D 4	D 4	D 10	D 10
24-30 ou 20-25 ou 15-40	D 8	D 7	D 11	D 10
30-40 et au-dessus	D 12	D 10	D 12	D 10

c) *Débours exceptionnels* : toutefois le remboursement des débours pour certains actes de radiographie sera effectué conformément au tarif ci-dessous :

Radiographie en série d'un organe, maximum remboursé .... D 40
Radiographie sous appareil plâtré, pour chaque film, ajouter en sus .... 25 %
Radiographie d'un utérus présumé gravide : le 1[er] film (1) .... D 20
Radio pelvi-métrie, le 1[er] film (1) .... D 30
Hyper-télé-stéréo-radiographie (au moins 2 m. de distance focale) le 1[er] couple de films (1) .... D 60
Radiographie en coupe (tomographie, planigraphie, laminographie), la série des trois premiers films (1) .... D 50
Radiographie sériescopique. La série des quatre films .... D 45

d) *Actes de radio-diagnostic pratiqués au domicile du malade* : ces actes donnent lieu aux remboursements suivants :

1° Honoraires correspondant à l'acte exécuté, augmentés de .... H 2
2° Débours correspondant à l'acte exécuté.
3° Forfait pour location de l'appareillage. D 45
4° Transport de l'appareillage, s'il y a lieu (2) : application du tarif kilométrique usité en matière d'Assurances sociales, même à l'intérieur de la localité, (lorsque l'appareil portatif appartient au radiologiste, il ne peut être remboursé qu'une seule indemnité pour le déplacement du radiologiste et le transport de l'appareil)

SECTION V : **Rœntgenthérapie (B)**

NOTE. — *Les remboursements suivants ne s'appliquent qu'au seul traitement rœntgenthérapique, que le malade ait ou non subi auparavant, ou doive ou non subir par la suite un autre traitement (tel que chirurgical ou curiethérapique).*

Les actes de rœntgenthérapie donnent lieu aux remboursements suivants :

— les honoraires médicaux (H) ;
— un forfait-débours (D), correspondant aux frais matériels inhérents au traitement rœntgenthérapique.

a) *Buckythérapie* (rayons limites) :

— par séance (avec maximum de cinq séances, sauf entente avec le Contrôle médical) .... D 5 H 2

b) *Rœntgenthérapie de contact* : 50 à 60 kv, filtre de 1 mm. d'aluminium à 0,2 mm. de cuivre ; à 4 ou 5 cm. de distance focale D 1 H 1,2

c) *Rœntgenthérapie superficielle* : moins de 100 kv, sans ou avec filtration égale ou inférieure à 3 mm. d'aluminium ; à moins de 30 cm. de distance focale) :

— les 250 r internationaux (ou fraction de 250 r) en surface .. D 3 H 2
— par 100 r ou fraction de 100 r en plus au cours de la même séance, ajouter .... D 1 H 0,6

d) *Rœntgenthérapie moyennement pénétrante* : (100 à 160 kv ; filtration de 2 à 10 mm. d'aluminium, ou de 0,5 mm. de cuivre ou zinc et 1 mm. d'aluminium ; distance focale inférieure ou égale à 30 cm.) :

— les 200 r internationaux en surface (ou fraction de 200 r) .. D 3 H 2
— par 100 r ou fraction de 100 r en plus au cours de la même séance, ajouter .... D 1 H 1

e) *Rœntgenthérapie pénétrante* (200 à 240 kv ; filtration minima de 0,8 mm. de cuivre ou zinc et 2 mm. d'aluminium, distance focale de 40 à 50 cm.) :

— les 150 r internationaux (ou fraction de 150 r) en surface .. D 6 H 2
— par 50 r ou fraction de 50 r en plus au cours de la même séance, ajouter .... D 2 H 1

f) *Rœntgenthérapie très pénétrante* : (250 kv ou davantage ; filtration minima de 1 mm. de cuivre ou zinc et 2 mm. d'aluminium ; distance focale de 50 cm.) :

— les 150 r internationaux (ou fraction de 150 r) en surface .. D 8 H 3
— par 50 r ou fraction de 50 r en plus au cours de la même séance ajouter .... D 2 H 1

g) *Télérœntgenthérapie* :

Le tableau suivant (basé sur la loi de l'inverse du carré de la distance) indique, selon la distance focale, les doses étalon qui donneront droit au même remboursement que 150 r à 50 cm soit en rœntgenthérapie pénétrante, soit en très pénétrante selon les constantes utilisées :

Distance focale maxima	0 m. 50	1 m.	1 m. 50	2 m.	2 m. 50	3 m.	3 m. 50	4 m.
Dose étalon (en r)	150	37	17	9	6	4	3	2,50

(1) Les films suivants seront remboursés au tarif normal.
(2) Lorsque l'appareillage n'appartient pas au radiologiste, ce dernier n'indique pas sur la feuille de maladie le forfait de location et le transport de l'appareil. Le malade est remboursé sur présentation de la facture.

Pour chiffrer le remboursement, il faut d'abord chercher le quotient de la dose mesurée à la peau par la dose étalon indiquée sur le tableau au-dessous de la distance focale correspondante. (Si ce quotient se termine par une décimale, il doit être arrondi au nombre entier supérieur). On multiplie ensuite le nombre obtenu par le tarif de remboursement des honoraires et des débours de 150 r à 50 cm., soit en rœntgenthérapie pénétrante, soit en rœntgenthérapie très pénétrante.

Toutefois, si la rœntgenthérapie est pratiquée sans filtre ou avec un filtre inférieur ou égal à 3 mm. d'aluminium, le remboursement des honoraires et des débours sera diminué de 25 %.

Exemples : 1° Télérœntgenthérapie avec un voltage (200 à 240 kv) et un filtre (Cu 0,8 mm. Al. 2 mm.) de rœntgenthérapie pénétrante ; distance focale : 2 mètres ; dose 18 r. Remboursement : chercher d'abord le quotient 18 /9 = 2. Le remboursement, basé sur le tarif de rœntgenthérapie pénétrante, sera donc de (D6 + H2) × 2 = D12 + H4.

2° Télérœntgenthérapie avec un voltage (250 kv ou davantage) et un filtre (Cu = 1 mm. A. 2 mm.) de rœntgenthérapie très pénétrante. Distance focale : 3 m. 50. Dose : 10 r. Remboursement : on calcule 10 /3 = 3,33, qu'il faut arrondir à 4. Le remboursement, basé cette fois sur le tarif de radiothérapie très pénétrante, sera (D8 + H3) × 4 = D32 + H12.

3° Avec les constantes de l'exemple précédent, mais sans filtre, le remboursement serait de :

(D8 + H3) × 3 = D24 + H9

h) *Actes de rœntgenthérapie pratiqués au domicile du malade* :

Ces actes donnent lieu aux remboursements suivants :

1° honoraires correspondant à l'acte exécuté augmentés de .... H 2
2° débours correspondant à l'acte exécuté ;
3° forfait pour location de l'appareillage (1). D 45
4° transport de l'appareillage, s'il y a lieu (1) : application du tarif kilométrique usité en matière d'Assurances sociales, même dans la localité (lorsque l'appareil portatif appartient au radiologiste, il ne peut être remboursé qu'une seule indemnité pour le déplacement du radiologiste et le transport de l'appareil).

SECTION VI : **Curiethérapie** (B)

Les tarifs suivants sont applicables que le malade ait ou non subi auparavant, ou doive ou non subir par la suite, un autre traitement tel que traitement chirurgical ou rœntgenthérapique.

Les actes de curiethérapie donnent lieu aux remboursements suivants :

— les honoraires médicaux (H).
— un forfait-débours, correspondant aux frais matériels inhérents au traitement curiethérapique. Ce forfait variable suivant la quantité de radium employée et la nature des appareils, sera fixé au tarif pharmaceutique interministériel.

NOTES :

(1) *Interventions chirurgicales telles que ligatures, ablations de ganglions, incisions d'abcès, œsophagoscopie, trépanation des sinus, etc., aides de chirurgie et anesthésie s'il y a lieu*, non compris (*voir autres chapitres de la nomenclature*).

(2) *Sondes, pessaires, appareillages de contention, etc., non compris.*

(3) *Pour certains appareils moulés buccaux nécessitant l'intervention stomatologiste, voir chapitre XII*

A. — APPLICATIONS PEU FILTRÉES :
(pour petits angiomes ou chéloïdes ne dépassant pas 4 cm²)......

Pose d'un appareil plat à vernis en émail radifère (bêta-thérapie et gammathérapie), par séance.......... H 4

B. — CURIEPUNCTURE (1) :
a) Cancer de la langue, du plancher, de l'amygdale, du pharynx, des bronches ou du rectum.............. H 40
b) Cancer de la face (lèvre, joue), de la vulve, ou de la verge.............. H 35
c) Cancer de la peau : moins de 4 cm² ... H 30
4 cm² ou plus..... H 40

C. — APPLICATIONS INTERNES (2) :
a) Cancer du col ou du corps utérin, du rectum ou de la prostate.......... H 40
b) Cancer de l'œsophage, des bronches, des fosses nasales, des maxillaires (1) etc. .... H 30

D. — APPLICATIONS EXTERNES (2) :
Gamma-thérapie filtrée à 1 mm. de platine au moins :
— pour affections bénignes telles que : angiomes ou chéloïdes étendus ou toute affection cutanée, etc...
— ou pour affections malignes telles que : cancer de la peau, cancer de la langue (ou de toute localisation buccale ou gingivale, pharyngienne ou amygdalienne, etc.), cancer du larynx, du sein, de la verge, de la vulve, de l'anus, tumeur cérébrale, adénopathie maligne, etc...

a) Confection, mesure physique et pose d'un appareil moulé (3) :
appareil porteur de 50 mgr. et au-dessous .... H 10
appareil porteur de plus de 50 mgr., jusqu'à 100 mgr................ H 20
appareil porteur de plus de 100 mgr., jusqu'à 300 mgr................ H 30
appareil porteur de plus de 300 mgr.. H 50
b) Surveillance par journée d'application curiethérapique (voir : Soins post-opératoires)............. Cf. Chap. 3

E. — ASSISTANCE D'UN CURIETHÉRAPEUTE A UNE INTERVENTION pour pose de radium. .... H 10

F. — TÉLÉCURIETHÉRAPIE par bombe contenant plus de 2 gr. de radium-élément : le gramme-heure.................. H 2

CHAPITRE XIV. — **Biologie et laboratoire**

NOTE: *Le prix du* prélèvement *n'est pas compris dans le tarif des actes prévus au présent chapitre.*

A. — **Urines**

ANALYSES CHIMIQUES :

Recherche de l'albumine .... H 0,2
Recherche et dosage de l'albumine...... H 0,4
Recherche du sucre................. H 0,2
Recherche et dosage du sucre........... H 0,4
Recherche de l'albumine et du sucre..... H 0,2
Recherche et dosage du sucre et de l'albumine .... H 0,6
Recherche et identification du sucre par l'Osazone .... H 1
Examen microscopique du sédiment (à l'état frais)....................... H 1
Recherche des corps biréfringents au microscope polarisant (B)............. H 2,4
Dosage d'un élément normal (sauf l'azote total)............................ H 0,4

(1) Lorsque l'appareillage n'appartient pas au radiologiste, ce dernier n'indique pas sur la feuille de maladie le forfait de location et le transport de l'appareillage. Le malade est remboursé sur présentation de la facture.

Recherche d'un des éléments anormaux suivants : acétone, acide diacétique, pigments biliaires, sels biliaires, urobiline, indoxyle	H 0,2
Dosage de l'azote total, de l'urée et rapport azoturique	H 0,8
Coefficient d'acidose (Maillard)	H 0,8
Recherche chimique du sang	H 0,2
Examen d'un calcul urinaire (examen qualitatif)	H 1,6
Epreuve fonctionnelle (bleu, phénol-sulfone-phtaléine) injection comprise	H 2
Acidité ionique	H 0,4
Dosage de l'acétone et de l'acide diacétique	H 0,6
Dosages séparés de l'acétone et de l'acide bêta-oxybutyrique	H 1,2
Glycosurie alimentaire (non compris le glucose) (E)	H 2
Epreuve au galactose (fourniture du galactose en sus) (E)	H 2

Examens bactériologiques :

Examen cyto-bactériologique direct : gonocoque, colibacille et flore associée	H 1
Le même examen avec recherche du bacille de Koch	H 1,2
Recherche du bacille de Koch seul, sans culture	H 1
Examen cyto-bactériologique avec cultures (sans recherche de B. K.)	H 2
Examen cyto-bactériologique avec cultures (avec recherche directe de B. K.)	H 2,4
Recherche du bacille de Koch, avec cultures sur milieu Lœwenstein (au moins 5 tubes)	H 2,4
Examen cyto-bactériologique des urines des deux reins, avec culture	H 3
Examen cyto-bactériologique des urines des deux reins, avec culture et recherche de B. K.	H 4
Inoculation d'une urine à un cobaye	H 3
Inoculation d'une urine à deux cobayes	H 4

B. — Sang

Examens chimiques :

Dosage de l'urée (gazométrique)	H 1
Dosage de l'urée (au xanthydrol)	H 1,2
Dosage de l'urée et de l'azote total, avec rapport azoturique	H 2
Dosage de l'acide oxalique	H 1,6
Dosage de l'acide urique (plasma ou globules)	H 1,2
Dosage de l'acide urique (plasma et globules)	H 2
Dosage des chlorures (plasma ou globules)	H 1
Dosage des chlorures (plasma et globules) et rapport érythro-plasmatique	H 2
Dosage du cholestérol	H 1,2
Dosage du glucose	H 1,2
Dosage de l'albumine du sérum au réfractomètre	H 0,6
Etablissement du rapport sérine-globuline	H 2
Constante d'Ambard (sans prélèvement)	H 1,6
Dosage de la bilirubine (pigments biliaires)	H 1,2
Dosage des sels biliaires	H 1,6
Dosage du calcium total	H 2
Dosage de la créantinine libre	H 1,2
Dosage de la créantinine et de la créatine	H 2
Dosage de l'acétone et de l'acide diacétique	H 1,2
Dosaze des mêmes éléments, plus celui de l'acide bêta-oxybutyrique	H 2,4
Acidité ionique (pH)	H 1,2
Réserve alcaline	H 2
Recherche et dosage de l'oxyde de carbone	H 3
Dosage des sulfamides	H 1

Examens cytologiques :

Numération globulaire (globules rouges ou blancs)	H 0,8
Examen cytologique complet (numération des globules rouges, des globules blancs, dosage de l'hémoglobine et formule leucocytaire)	H 2,4
Formule leucocytaire, seule	H 1,2
Numération des plaquettes sanguines, seule	H 1
Recherche de hématozoaires	H 1,8

Examens bactériologiques :

Hémoculture sur bouillon et bile, avec identification des germes	H 2,4
Hémoculture sur milieu de Loëwenstein, pour recherche du bacille de Koch	H 5
Hémoculture en milieu aérobies et anaérobies	H 3

Séro-réactions :

Séro-diagnostic typhique et paratyphique A et B	H 3
Autres agglutinations microbiennes	H 2
Séro-diagnostic de la syphilis par trois méthodes (une au sérum chauffé, une au sérum frais, une réaction de floculation) (B)	H 3
Réaction d'hémolyse au sérum chauffé isolée ou supplémentaire (B)	H 2
Réaction d'hémolyse au sérum frais isolée ou supplémentaire (B)	H 1,2
Réaction de floculation isolée ou supplémentaire (B)	H 1,2
Réaction de Vernes à la résorcine (B)	H 1,2
Réaction de Weinberg-Parvu	H 2
Gono-réaction (E)	H 2
Autres réactions de fixation du complément (mycoses, etc.)	H 2

Examens divers :

Mesure de la viscosité	H 1
Mesure de la résistance globulaire	H 1,6
Mesure de la vitesse de sédimentation	H 1,2
Etude de la coagulabilité et du temps de saignement	H 1,2
Hyperglycémie et glycosurie provoquée (prélèvements au laboratoire) (E)	H 6
Détermination du groupe sanguin	H 1,2

C. — Liquide céphalo-rachidien

Numération et formule leucocytaire, avec dosage de l'albumine	H 1,2
Le même examen, avec examen bactériologique et cultures	H 3
Le même examen, avec recherche de bacille de Koch	H 5
Dosage du sucre	H 1,2
Dosage de l'urée	H 0,8
Dosage des chlorures	H 0,8
Réaction de Bordet-Wassermann	H 2
Réaction du benjoin colloïdal (réaction des seize tubes)	H 2
Dosage des sulfamides	H 1

D. — Liquides de ponctions

Examen cyto-bactériologique, sans cultures	H 1,2
Examen cyto-bactériologique, avec cultures	H 2
Inoculation au cobaye : 1 animal	H 3
2 animaux	H 4

E. — Exsudats, sécrétions, pus

Exsudat pharyngé ou nasal :

Examen bactériologique, sur frottis et culture	H 2

En cas d'examens successifs :
- le premier .... H 2
- chacun des suivants .... H 1

Culture pour la recherche des méningocoques .... H 2

EXSUDATS GÉNITAUX :

Examen bactériologique direct (recherche du gonocoque et de la flore associée) .... H 0,8
Le même examen, avec cultures sur milieux spéciaux .... H 2
Recherche des tréponèmes (à l'ultra-microscope ou par coloration) .... H 2

SPERME :

Recherche des spermatozoïdes .... H 0,8

PUS :

Examen bactériologique direct, sans recherche du bacille de Koch .... H 1
Examen bactériologique direct, avec recherche du bacille de Koch .... H 1,6
Examen bactériologique avec cultures... H 2
Examen bactériologique avec culture sur milieu de Loëwenstein (5 tubes au moins) .... H 2,4

F. — Expectorations

Recherche du bacille de Koch avec homogénéisation, flore associée et cytologie sommaire .... H 1,2
Le même examen avec culture sur milieux courants .... H 2
Le même examen, avec culture sur milieu de Lœwenstein .... H 2,4
Examen cyto-bactériologique complet, avec cultures .... H 2
Inoculation à un cobaye .... H 3
Inoculation à deux cobayes .... H 4
Recherche du cocco-bacille de Bordet-Gengou par culture .... H 2
Recherche des spirochétoses broncho-pulmonaires, par examen direct .... H 1,2

G. — Matières fécales

Recherche chimique du sang .... H 0,8
Recherche de la bile, stercobiline et son chromogène .... H 1
Recherche et examen qualitatif des calculs .... H 1,6
Recherche des vers, œufs, kystes sur selles déjà anciennes .... H 1,6
Recherche des vers, œufs, kystes et amibes sur selles fraîches .... H 2
Examen coprologique, comprenant la recherche des caractères microscopiques, l'étude des résidus de la digestion, l'examen microscopique, pH sanguin, albumine, éléments biliaires, orientation de la flore, recherche des parasites .... H 3
Le même examen, avec dosage des acides organiques et de l'ammoniaque .... H 3,6
Examen bactériologique (recherche du B. K. après enrichissement) .... H 1,6
Le même examen, avec culture sur milieu de Lœwenstein (5 tubes au moins) .... H 2,4
Examen bactériologique avec cultures pour la recherche des bacilles du groupe coli et typhique ou dysentérique (avec agglutination par les sérums expérimentaux) .... H 2,4
Recherche de la tête d'un tænia (isolé des matières fécales) .... H 0,6

H. — Suc gastrique

Dosage de l'acide chlorhydrique libre et de l'acidité totale .... H 0,6
Epreuve à l'histamine, courbe d'acidité, examen cytologique (à jeun), hémoglobine, bile .... H 1,6
Le même examen, avec dosage de pepsine H 2,4
Recherche chimique du sang .... H 0,8
Dosage du chlore sous toutes ses formes.. H 2
Examen cytologique .... H 0,8
Examen bactériologique (recherche du B. K.) .... H 2

I. — Suc duodénal

Examen cyto-bactériologique des trois biles .... H 4
Le même examen, avec culture .... H 6

J. — Examens anatomo-pathologiques

Examen d'une biopsie simple .... H 4
Examen d'une pièce opératoire avec étude macroscopique, prélèvement de plusieurs fragments et leur examen.... H 6
Examen histologique extemporané en salle d'opération, avec contrôle après inclusion .... H 10
Suppléments pour techniques spéciales :
- coloration spéciale non courante..... H 1
- coloration nécessitant de plus la confection de coupes à la congélation... H 2
- imprégnations argentiques diverses.. H 1
- décalcification .... H 1
- étude en lumière polarisée .... H 1
- étude en lumière de Wood .... H 1

K. — Champignons pathogènes

Recherche des mycoses (pus, crachats, etc.), sur frottis .... H 1,2
Recherche des mycoses (pus, crachats, etc.) par culture .... H 2,4

L. — Examens fonctionnels endocriniens

Métabolisme basal (détermination au laboratoire) (E) .... H 5
Examen interférométrique (E) .... H 5
Diagnostic biologique de la grossesse (sur lapine) (E) .... H 6
Diagnostic biologique de la grossesse (sur lapine et souris) (E) .... H 7

M. — Auto-vaccins

Auto-vaccin injectable (y compris examen direct) (12 ampoules au moins) (E) .... H 3
Auto-vaccin pansement, avec filtration sur bougie (36 ampoules, 5 ou 10 c. c.) (E) .... H 4
Auto-bactériophage (E) .... H 6
Auto-sérum, jusqu'à 18 ampoules (E).... H 3

N. — Intra-dermo ou cuti-réactions

Casoni .... H 1,2
Frei .... H 1,2
Melitensis .... H 1,2
Autres réactions (Cf. Chapitre II).

O. — Lait de femme

Examen chimique et examen cytologique sommaire .... H 1,6

P. — Prélèvements

(effectués par le médecin biologiste). Voir Chapitre II.

CHAPITRE XV. — **Soins dispensés par auxiliaires médicaux**

Les soins dispensés par des auxiliaires médicaux ne sont remboursés que sous réserve des conditions générales suivantes :

1° avoir été *au préalable* prescrits *qualitativement* et *quantitativement* par le médecin traitant ;

2° avoir été exécutés par des auxiliaires *qualifiés*

Sont en principe seuls considérés comme *qualifiés*. les auxiliaires pourvus du diplôme d'Etat :

1° d'*infirmier* ou *infirmière hospitalier*, en ce qui concerne les soins infirmiers prévus à la Section I;

2° d'infirmier-masseur, en ce qui concerne les soins de massothérapie prévus à la Section II.

Toutefois, à titre transitoire, les personnes non diplômées qui exercent la profession *exclusive* d'auxiliaire médical peuvent, après agrément du Contrôle médical, être considérées comme auxiliaires qualifiées pour l'application du présent chapitre.

Les pharmaciens ou préparateurs en pharmacie ne peuvent en aucun cas être considérés comme auxiliaires qualifiés ; les herboristes ne seront considérés comme auxiliaires qualifiés que s'ils possèdent le ou les diplômes normalement requis pour cette qualification.

Les soins énumérés au présent chapitre engagent dans l'exécution *la seule responsabilité* de l'auxiliaire. Leur inscription sur les feuilles de maladie est faite par l'auxiliaire lui-même, et sous sa signature.

Tous les autres actes dispensés par des auxiliaires, même sur prescription médicale, engagent la responsabilité du médecin et doivent être exécutés *sous sa surveillance directe* (telle qu'elle est définie par la jurisprudence, en particulier pour les agents physiques). Leur inscription sur les feuilles de maladie est faite sous la signature du médecin.

Notes : *Lorsque plusieurs actes auxiliaires sont dispensés pour un malade et en une même séance, seuls les deux actes dont le tarif est le plus élevé sont remboursés. Le premier est remboursé à plein tarif : le second à demi-tarif.*

Les soins effectués au domicile du malade donnant lieu à une majoration de tarif de	C 0,1

Section I. — **Soins infirmiers**

Petits pansements (type doigt, main)	C 0,3
Pansements étendus	C 1
Pansement moyen	C 0,6
Pose de ventouses sèches	C 0,3
Pose de ventouses scarifiées	C 0,6
Injection sous-cutanée ou intra-musculaire	C 0,4
Bain sinapisé, enveloppement, lavement médicamenteux, frotte, épouillage	C 0,6
Sondage simple	C 0,4
Sondage avec lavage de la vessie	C 0,6
Tubage gastrique	C 0,6
Alimentation par sonde	C 0,6
Air chaud (E)	C 0,3
Garde : tarif global, comprenant tous les actes inscrits à la nomenclature :	
de jour (de 8 à 20 heures)	C 2
de nuit (de 20 h. à 8 h.)	C 2,4

Section II. — **Massothérapie (E)**

Massage local	C 0,4
Massage général avec ou sans mobilisation	C 0,8
Mobilisation manuelle seule	C 0,4
Gymnastique orthopédique :	
individuelle	C 0,8
par groupe de 10 malades au plus, par malade	C 0,2
Air chaud	C 0,3

N° d'autorisation : **10.431** Octobre 1942 Imp. Thiron & Cie, Clermont (Oise)

